

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 254

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MÉTASTASES VAGINALES
DANS LE
Cancer du Corps Utérin

(Travail de la Clinique du Professeur TIXIER)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 29 Juin 1926

PAR

MİHAÏLOVITCH Dj. SRETÈN

né le 23 Août 1898, à Nisch (Serbie)



IMPRIMERIE A. TRAQUET

46, Rue de l'Université

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

**Contribution à l'Etude
des Métastases Vaginales
dans le Cancer du Corps Utérin**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 254

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MÉTASTASES VAGINALES

DANS LE

Cancer du Corps Utérin

(Travail de la Clinique du Professeur TIXIER)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 29 Juin 1926

PAR

MIHAÏLOVITCH Dj. SRETÈN

né le 23 Août 1898, à Nisch (Serbie).



IMPRIMERIE A. TRAQUET

46, Rue de l'Université

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen.....	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
	ROQUE
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique.....	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	PIG
Pharmacologie	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie

TELLIER

AGREGES

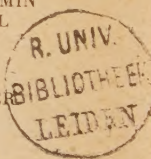
MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	GHALIER (Joseph)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX		NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

M. TIXIER, Président ; M. PATEL, Assesseur ;

MM. PIÉRY et BONNET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

DJORDJE MIHAÏLOVITCH

Général, Ancien Commandant de la Division de Schoumadie

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon affection
filiale.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MADAME LOUISE KRETZSCHMAR

NÉE AURIN

Nous lui sommes très reconnaissant
de l'hospitalité que nous avons reçue
dans sa maison au début de nos
études.

A MON COUSIN

MONSIEUR MILIA B. YOVANOVITCH

Nous l'assurons de tout notre dé-
vouement.

A MON COUSIN

MONSIEUR LJOUBIVOJ DAMIANOVITCH

Ingénieur

Ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse; c'est à ses con-
seils éclairés et à son inépuisable
bonté que nous devons d'avoir pu
faire cette thèse. Qu'il veuille bien
accepter nos sentiments de profonde
reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE LYON ET DE STRASBOURG

Avant - propos

En quittant cette Faculté, nous tenons tout particulièrement à remercier nos Maîtres à qui nous devons notre formation médicale. M. le Professeur Tixier nous a fait profiter de son enseignement à la fois si clair et si élevé. Nous le prions de bien vouloir agréer nos respectueux remerciements.

Nous devons le sujet de ce travail à M. le Professeur agrégé Paul Bonnet, qui nous a prodigué ses conseils et ses encouragements. Toute notre gratitude lui est acquise et nous le prions de croire à notre entier dévouement.

M. le Docteur Reeb, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg, a eu la grande obligeance de nous communiquer ses observations relatives à notre sujet. C'est pour nous un devoir bien agréable de lui adresser ici nos meilleurs remerciements.

MM. Comte, de Rougemont, Strück et Mlle Jamin nous ont aidé dans la rédaction de ce travail. Nous les remercions sincèrement.

Introduction.

Il semble que l'on ait, en France du moins, attaché peu d'intérêt aux métastases vaginales qui accompagnent le cancer du corps de l'utérus.

Signalées incidemment parmi les modes de disséminations cancéreuses, elles n'ont guère donné lieu à des études plus approfondies.

Cependant Tesson, dans la thèse restée classique que lui a inspirée le Professeur Quénu, en rapporte plusieurs observations et semble s'étonner de leur fréquence relative : « Ces curieuses inoculations vaginales secondaires ne sont peut-être pas si rares. »

Les travaux classiques sur le cancer du corps de l'utérus se contentent de constater que l'existence des métastases vaginales n'est pas exceptionnelle et d'en donner l'explication pathogénique.

Pourtant, l'intérêt de ces métastases vaginales ne se limite pas à cette question de pathogénie, qui semble avoir préoccupé particulièrement les auteurs allemands et que l'on trouve discutée dans quelques travaux français. (Thèse de Lévesque.)

Leur valeur diagnostique apparaît capitale et c'est le but de notre travail d'en montrer l'importance.

Nous avons, à cette intention, réuni un certain nombre d'observations éparses dans la littérature, où cette métastase a retenu l'attention. Nous avons, en outre, revu toutes les observations de la Clinique du Professeur Tixier dans le but de nous faire une idée de la fréquence relative de cette localisation.

Le Professeur agrégé P. Bonnet s'est attaché, avec nous, à tirer de ces observations, par une analyse méthodique, l'essentiel de ce qui peut intéresser le chirurgien.

A l'aide de ces documents, nous tenterons l'essai d'une étude d'ensemble de ces métastases vaginales et nous nous estimerons satisfait si les suggestions qu'elle renferme peuvent un jour servir d'introduction à des travaux plus importants.

Notre étude sera brève et, de propos délibéré, nous ne nous étendrons pas sur les considérations pathogéniques que soulève cette question, poussées à l'extrême dans les discussions des travaux allemands, mais qui s'y présentent comme des vues de l'esprit et resteront telles tant qu'elles ne seront pas étayées sur des recherches anatomiques précises et sur une expérimentation rigoureuse qui n'ont pas été entreprises.

Ce sujet apparaît plus vaste encore si l'on veut bien remarquer qu'il soulève la question de l'origine primitivement vaginale du cancer du vagin. Peut-

être un certain nombre d'observations de cancer primitif du vagin seraient à réviser si l'on devait éliminer toutes celles qui manquent du contrôle de l'examen systématique, à l'autopsie, non seulement de l'état de la cavité utérine, mais aussi de l'état des ovaires et des organes du tube digestif, susceptibles de donner lieu à des implantations secondaires dans le canal vaginal.

On entrevoit, par les lignes qui précèdent, tout l'intérêt qui s'attache à cette question des métastases ou des implantations vaginales.

Il nous est apparu, à mesure que nous pénétrions plus avant dans la connaissance des observations que nous rapportons et de celles que nous avons rencontrées en cours de route et qui touchent aux affections susceptibles de donner lieu à des métastases vaginales.

Mais ici nous devons limiter notre sujet et l'objet précis de notre travail est la dissémination à la paroi vaginale du cancer du corps de l'utérus.

LES MÉTASTASES VAGINALES

DANS LE

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Etiologie et Pathogénie

1^o Fréquence relative de la métastase vaginale

On sait qu'il n'est pas très rare d'observer, dans le *Cancer du col*, des formes liminaires, dans lesquelles les culs de sac vaginaux sont envahis et où des îlots isolés semblent greffés, à quelque distance du col, sur la paroi vaginale. On peut même trouver, dans l'épaisseur de la paroi, de petits nodules sous-muqueux dont la relation avec le cancer du col paraît évidente.

A priori, on pourrait croire que cette éventualité est beaucoup plus rare dans le *Cancer du corps utérin* et lorsqu'un chirurgien consulte le souvenir des cas observés il ne se rappelle d'avoir constaté que de façon exceptionnelle l'existence de métastases vaginales coïncidant avec un cancer du corps.

Pourtant, si l'on cherche dans les statistiques un élément de précision, on se rend compte que cette métastase n'est pas absolument aussi exceptionnelle qu'elle paraît être à priori :

La thèse de Tesson relate, parmi 31 observations, 4 cas de dissémination vaginale. Il est vrai qu'il ne s'agit pas là de la statistique des cas observés par un même chirurgien et que l'auteur semble bien avoir réuni, en raison de leur intérêt spécial, les cas épars dans la littérature qu'il a pu rencontrer.

Nous avons cherché à apporter un élément de précision en compulsant les observations de la clinique hospitalière du Professeur Tixier. Parmi 27 observations que nous avons réunies, nous trouvons 3 cas dans lesquels se trouve signalée la métastase vaginale. Deux de ces cas concernent la forme si particulière de *Cancer total de la muqueuse utérine* dont le Professeur Tixier et le Professeur agrégé P. Bonnet ont établi l'individualité anatomo-clinique dans la thèse de Delarbre.

Nous ne pensons donc pas être loin de la vérité en estimant à 10 % environ la fréquence de la métastase vaginale dans le cancer du corps de l'utérus.

2° Conditions étiologiques et pathogénie

a) Dans toute une série d'observations, les causes qui paraissent avoir été l'occasion de l'apparition dans le vagin d'une tumeur secondaire semblent éclair-

rer la pathogénie de sa production et permettent de considérer la tumeur vaginale comme une *implantation par greffe ou inoculation de cellules néoplasiques issues de la tumeur primitive* :

A l'époque où l'on pratiquait pour le cancer du corps l'hystérectomie vaginale, par voie élargie, à la faveur de la fente vaginale préconisée par Schuchart, il n'était pas exceptionnel de voir se développer secondairement, au niveau même et le long de l'incision libératrice, une tumeur vaginale de même nature histologique que l'adénocarcinome du corps. Parmi ces cas, les observations de Schopf, Odebrecht, Hofmeier, sont les plus caractéristiques.

Dans d'autres cas, à l'apparition d'une tumeur du vagin secondaire à l'hystérectomie vaginale, on crut pouvoir attribuer la greffe secondaire à l'inoculation par les produits néoplasiques issus du corps au cours de l'intervention, des érosions produites par les valves (Niebergall) ou le bourrage du vagin à l'aide de compresses de gaze.

De ces observations est née la précaution formulée par Winter, par Hofmeier, de l'oblitération systématique du col par suture, comme temps préalable de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps utérin.

De là aussi la nécessité d'éviter la section du corps utérin et de réduire au minimum les tractions et les manœuvres sur le corps utérin lui-même au cours de l'hystérectomie vaginale.

D'autres observations semblent établir l'influence, comme cause localisatrice de la greffe, des ulcérations produites par le *pessaire* (Cullen-Russell). La malade de Rosinski avait porté pendant longtemps un pessaire pour rétroversion de l'utérus. A l'entrée de la vulve, des deux côtés, aux points de pression du pessaire, était apparue une ulcération des décubitus. Là-même se développa un adénocarcinome dont la structure histologique se révéla identique à l'adénocarcinome du corps qui avait été méconnu et traité comme rétroversion.

Dans cette même observation, le *curettage* intempestif de l'utérus avait permis sans doute la dissémination et l'inoculation secondaire du vagin au niveau des ulcérations provoquées par le pessaire. Peut-être en fut-il de même dans les observations de Schick, de Kaltenbach, dans celle de Quénu où l'inoculation du vagin apparut quelques mois après un curettage.

La malade de Stôberl avait subi, à deux reprises, l'*ablation de polypes* saillants à l'orifice du col; l'intervention ne fut sans doute pas étrangère à l'inoculation.

Dans l'observation de Nélaton, le médecin traitant, à plusieurs reprises différentes, n'avait rien remarqué d'anormal sur la paroi vaginale et ce n'est que postérieurement à la *mise en place d'une tige de laminaire* qu'on observa les deux plaques néoplasiques du vagin. La situation symétrique des deux ulcérations néoplasiques de chaque côté de la paroi, à l'entrée du vagin, permet de penser que les instruments, valves ou pin-

ces, ou même le bourage du vagin à la gaze, n'ont pas été étrangers à une érosion de la muqueuse agissant comme facteur de localisation de la greffe.

Ailleurs, on invoque le *cathétérisme urétral* (Schatz) comme facteur d'apparition d'une implantation péri-urétrale.

L'observation de MM. Reeb et Berger est particulièrement intéressante au point de vue de l'explication pathogénique. La malade avait subi plusieurs curettages qui n'avaient pas permis de mettre en évidence un cancer de la cavité utérine. Une *application de radium* avait abouti à l'oblitération complète du col. Trois ans après, la malade présentait un cancer du corps utérin, qui existait probablement au moment de l'application de radium et avait évolué en vase clos. Des nodules vaginaux de même structure histologique étaient apparus malgré que le col fût obturé depuis longtemps.

L'inoculation vaginale doit-elle être considérée dans ce cas comme contemporaine de l'application du radium ? Dans ce cas il faudrait admettre que son apparition aurait été précédée d'une période de latence et d'incubation.

Convient-il, au contraire, de trouver une autre interprétation et d'invoquer la propagation au vagin par voie lymphatique d'un cancer de la cavité utérine ?

b) Il existe, en effet, un certain nombre de cas dans lesquels l'hypothèse d'une inoculation par les cellules

néoplasiques issues du corps utérin est plus difficile à admettre.

Ce sont les cas où la métastase vaginale se présente, non comme une ulcération ou une tumeur implantée sur une paroi vaginale encore souple, mais sous forme d'une *nodule infiltré*, siégeant sous la muqueuse vaginale apparemment saine.

Cette infiltration sous-muqueuse de la paroi vaginale occupe, nous le verrons, avec une élection toute particulière, la région périurétrale et le pourtour de l'entrée du vagin.

On a bien tenté d'expliquer, là encore, la présence de ces métastases par le mécanisme de l'inoculation :

Nous avons vu que Schatz attribue au cathétérisme antéopératoire l'existence de nodules périurétraux.

Fischer, frappé de la fréquence de cette localisation urétrale, invoque le fait que cette région est particulièrement soumise aux excoriations et aux traumatismes.

On peut bien aussi, à la rigueur, mettre en discussion que le fait d'observer un nodule infiltré sous une muqueuse saine n'implique pas fatalement un autre mode de production que celui de la greffe et qu'il n'est pas utile d'invoquer une propagation par voie lymphatique.

Lévesque paraît admettre, même dans ces cas, le mécanisme de l'inoculation et met en avant l'ôpi-

nion de Darier sur les épithéliomes cutanés : « M. Darier remarque en effet, pour les épithéliomes cutanés, que la cicatrisation au moins partielle n'est pas rare. Tantôt il ne s'agit que d'épidermisation, les portions à vif d'un épithéliome se recouvrant volontiers d'une couche épidermique lisse; tantôt, lorsque l'ulcération a détruit tout le néoplasme épithélial, ou lorsque celui-ci est étouffé par la réaction conjonctive, on observe la formation d'une cicatrice fibreuse véritable. Cette évolution a pu se produire aussi bien au niveau de l'épithéliome pavimenteux du vagin qu'au niveau de l'épiderme. » (Lévesque.)

Pour ne pas admettre que certaines de ces métastases se sont produites par voie de *lymphangite rétrograde* ?

Si ce mode de propagation n'est pas très habituel, rien ne s'y oppose au point de vue anatomique.

Il semble, en effet, vraiment difficile d'expliquer par le mécanisme de l'inoculation la présence d'un nodule sous-urétral, bien circonscrit, arrondi, mobile sous la muqueuse vaginale, comme on le constate dans une observation du Professeur Tixier et dans plusieurs autres.

D'ailleurs, on a pu constater l'existence de masses cancéreuses dans les lymphatiques, au niveau de la métastase vaginale (Reeb, Stœrbel).

L'absence même de cellules néoplasiques dans les lymphatiques intermédiaires ne peut être invoquée contre l'origine lymphatique de la métastase, l'existence de métastases *discontinues* par courant lymphatique rétrograde étant une possibilité généralement admise.

L'existence d'autres métastases au niveau de la cuisse, coïncidant avec la présence de nodules du vagin, avec la constatation de ganglions iliaques ou inguinaux peut, en outre, être invoquée en faveur de l'origine lymphatique, par infection rétrograde, de certaines métastases vaginales et périurétrales.

Anatomie pathologique

En conformité avec ce que nous venons de dire, on peut observer essentiellement deux formes de métastases vaginales secondaires du cancer du corps de l'utérus :

1° Le cancer superficiel implanté sur la paroi vaginale;

2° Le cancer infiltré dans l'épaisseur de la paroi vaginale.

1° *Le cancer superficiel*, implantation probable par greffe vaginale, se présente ordinairement sous forme d'une tumeur bien circonscrite, saillante, reposant sur la muqueuse vaginale encore souple.

Le siège le plus habituel est la paroi postérieure du vagin, à hauteur variable. Le plus souvent, elle est séparée du cul de sac vaginal, lui-même presque toujours indemne, par une certaine étendue de muqueuse absolument saine.

Nous avons vu quelle localisation particulière semble imprimer à la métastase la cause occasionnelle de son apparition : fente longitudinale de Schuchart; ulcération provoquée par le pessaire; excoriation due au contact du bord tranchant d'une valve vaginale (tumeurs implantées symétriques).

La forme de la tumeur est ordinairement arrondie, pourtant irrégulière. Il est fréquent d'observer à son voisinage la présence de tumeurs satellites de plus petites dimensions.

La tumeur est, dans son ensemble, aplatie, reposant « en pastille » sur la muqueuse vaginale, sorte d'excroissance papillaire, granuleuse, souvent ulcérée et saignant au contact du doigt. (Fig. empruntée à l'observation de Cullen et de Russell.)

2° *Le cancer nodulaire infiltré* peut se rencontrer en tout point de l'épaisseur de la paroi vaginale, tel que le septum vésico-vaginal (Reeb et Berger); mais son siège d'élection est la partie inférieure du vagin et la région périurétrale au voisinage du méat (Kallenbach, Wahn, Fischer, Thumin, Wiedow, Ströeberl, Tixier et Bonnet).

Il se présente là tantôt sous forme d'un nodule sous-urétral, du volume d'un haricot, arrondi, élastique, circonscrit, couvert d'une muqueuse vaginale encore saine et relativement peu adhérente (Tixier et Bonnet); tantôt sous forme d'une infiltration diffuse, mal circonscrite, occupant la région périurétrale, ou la partie inférieure du vagin dont elle occupe le pour-



Adéno-carcinome de la paroi vaginale
postérieure, secondaire à un adéno-
carcinome du corps de l'utérus.

(in Cullen, reprod. in Russell.)

tour, blindant la paroi. La muqueuse vaginale soulevée par l'infiltration sous-jacente est adhérente, amincie, plus tardivement ulcérée par distension et infection.

Tout se passe comme si la tumeur secondaire, développée dans le tissu conjonctivo-cellulaire du paracolpos, envahissait la muqueuse secondairement par soulèvement et distension.

Il serait du plus grand intérêt, au point de vue pathogénique, de connaître l'envahissement ganglionnaire qui accompagne cette forme infiltrée de la métastase et pourrait être invoqué en faveur de la lymphangite rétrograde. Quelques observations mentionnent bien l'existence de ganglions iliaques ou de ganglions inguinaux. Mais il n'existe aucune recherche anatomique entreprise dans le but d'étudier l'état des voies lymphatiques susceptibles d'avoir servi de voie de dissémination.

Dans toutes les observations, l'examen histologique du nodule vaginal, qu'il s'agisse de la forme superficielle ou de la forme infiltrée, a révélé l'existence d'un adénocarcinome, de structure identique à celle du cancer cavitaires ou du moins très voisine, fait capital au point de vue de la valeur diagnostique de ces métastases et des indications thérapeutiques qui en découlent.

Etude clinique

Symptomatologie

Les métastases vaginales du cancer du corps de l'utérus sont souvent cliniquement latentes. C'est le cas des nodules infiltrés de la région périurétrale qui sont découverts à l'occasion de l'examen gynécologique. On est conduit à cet examen par les signes fonctionnels du cancer du corps; le toucher vaginal rencontre, chemin faisant, le nodule dont la nature reste à interpréter. La métastase vaginale peut même passer inaperçue si l'exploration systématique de la paroi vaginale n'est pas exécutée.

Dans d'autres cas, et c'est lorsqu'il s'agit de la forme superficielle, la métastase se manifeste cliniquement par des symptômes qui lui sont propres : hémorragies spontanées ou au contact; hydorrhée; pertes malodorantes. Ces symptômes se surajoutent aux signes mêmes du cancer du corps. Nous allons voir qu'ils peuvent les dissimuler.

Diagnostic différentiel

C'est là que réside le véritable intérêt de la métastase vaginale.

Le problème du diagnostic se pose d'ailleurs de façon différente suivant qu'il s'agit de nodule infiltré ou de cancer superficiel.

a) *Infiltration nodulaire.*

Le diagnostic même de la nature du nodule vaginal mérite d'être discuté.

Un diagnostic différentiel s'impose avec les *petits fibromes sous-muqueux du vagin*. La thèse de Djordjevitch (1926), inspirée par le Professeur Tixier et le Professeur agrégé P. Bonnet, expose les difficultés de ce diagnostic et les erreurs auxquelles il peut donner lieu. Djordjevitch rappelle une observation de la Clinique du Professeur Tixier, dans laquelle le diagnostic de cancer du corps fut discuté, en raison de la présence de petites tumeurs de la paroi vaginale, qui furent interprétées finalement comme étant des fibromes sous-muqueux de la paroi vaginale.

Une très intéressante observation se trouve dans la thèse de Sellheim (page 43). On avait cru avoir à faire à un cancer du corps utérin dont la malade présentait les signes cliniques. Les nodules vaginaux

avaient été interprétés comme étant des métastases. L'examen histologique des produits de curettage, l'examen histologique d'un nodule vaginal permirent d'établir le diagnostic de fibrome sous-muqueux de l'utérus coïncidant avec de petits fibromes du vagin.

On conçoit, en effet, la difficulté de l'interprétation lorsque des symptômes utérins laissent le diagnostic hésitant, comme le fait est fréquent, entre cancer du corps et fibrome sous-muqueux de la cavité utérine.

Nous reproduisons ici, pour illustrer le diagnostic, l'observation du Docteur Desgouttes, chirurgien des hôpitaux, d'après la thèse de Djordjevitch.

Fibrome utérin avec salpingite double. — Pelvi-péritonite.

Petits fibromes sous-muqueux

Mme A., 47 ans, observée en février 1921. Depuis 8 ans, hémorragies, douleurs, amaigrissement. On fait à ce moment le diagnostic de fibrome utérin.

Actuellement : la malade est cachectique, présente une fièvre continue au voisinage de 39°. Etat très grave.

On prend l'avis d'un chirurgien éminent, qui, percevant des noyaux dans la paroi vaginale, croit à un cancer du corps utérin infecté avec greffes vaginales.

Connaissant le passé de la malade, le Docteur Desgouttes reste fidèle au diagnostic de fibrome, accompagné de salpingite double, pelvi-péritonite.

Opération conduite très rapidement, en raison de la gravité de l'état général.

Laparotomie. Castration. Hystérectomie subtotal. On trouve des poches suppurées périutérines, et un gros fibrome enflammé. Salpingite double. Il n'y a pas de néoplasme.

On termine l'opération par un petit Mikulicz et un drainage abdomino-vaginal. Suites extrêmement simples. Guérison rapide et parfaite.

b) *Cancer superficiel.*

C'est là surtout qu'apparaît la valeur de cette métastase dans le diagnostic du cancer du corps.

Mal interprétée, elle peut conduire à des indications thérapeutiques désastreuses.

Reconnue, au contraire, avec sa vraie valeur symptomatique, elle est un élément important dans le diagnostic souvent difficile du cancer du corps.

Il suffit de lire les observations pour être édifié sur les erreurs de diagnostic possibles et leurs conséquences :

Chez la malade de Lebensbaum, la tumeur vaginale fut successivement interprétée comme varice ulcérée, cancer primitif du vagin, tuberculose. On perdit un temps précieux par un traitement intempestif, pour se trouver, en fin de compte, dans des conditions d'opérabilité désastreuses. La malade succomba. Lebensbaum conclut lui-même : « Si l'on avait procédé dès l'entrée à une dilatation du col, on aurait fait un diagnostic précoce; la conduite eût été différente et la malade aurait été sauvée. Mais, en l'absence de tout symptôme utérin, on ne songea pas à pratiquer l'exploration intra-utérine. »

La malade de Cullen-Russell présentait une tumeur au niveau de l'ulcération produite par le pessaire. Il

semble qu'on ait pensé à la tuberculose. La tumeur fut enlevée. La malade quitta le service. L'examen histologique montra bien qu'il s'agissait de cancer, mais la malade ne fut revue que neuf mois plus tard. Le cancer du corps de l'utérus, qui était passé inaperçu, était devenu inopérable.

Malgré l'existence d'un nodule sous urétral on tenta chez la malade de Kaltenbach un redressement à l'hystérectomie de l'utérus rétrofléchi. Heureusement, l'issue par le col de masses néoplasiques, au cours de cette manœuvre, imposa le diagnostic et l'hystérectomie.

**Indications tirées de la métastase vaginale dans le but
d'orienter le diagnostic**

On peut dire avec Russell :

Toute tumeur maligne superficielle du vagin doit faire soupçonner qu'elle a son origine dans une implantation secondaire.

Nous voulons ajouter :

Toute tumeur superficielle ou infiltrée de la paroi vaginale impose l'exploration clinique minutieuse de l'utérus.

(Peut-être faudrait-il dire, en outre, qu'elle impose l'examen des ovaires et même du tube digestif, car il ne faut pas méconnaître l'existence possible d'implantations vaginales, secondaires elles-mêmes à la greffe péritonéale du cul de sac de Douglas.)

Si l'exploration clinique de l'utérus ne permet pas, à elle seul, d'établir le diagnostic de cancer du corps, la *tumeur vaginale doit immédiatement être enlevée en totalité et très largement pour être soumise à un examen histologique.*

Si celui-ci révèle l'existence d'un adénocarcinome (bien que les tumeurs primitives du vagin puissent peut-être revêtir encore que de façon très exceptionnelle ce type histologique), *l'hystérectomie doit être pratiquée de propos délibéré.*

L'exploration endo-utérine, le curettage, sont un mode d'exploration trop infidèle dans ce cas (voir observ. de Quénu où l'examen histologique pratiqué par Malassez conclut à un adénome bénin), pour que l'on soit autorisé, sauf exception, à se contenter de ce mode d'exploration dans le but de confirmer le diagnostic.

Dans les cas seulement où l'on est dans l'impossibilité d'obtenir un examen histologique rapide, la *nécessité d'agir vite doit conduire à l'exploration intra-utérine systématique.*

On peut se trouver en présence de cas d'une interprétation difficile. Il en est ainsi lorsqu'une malade, à la suite du port d'un pessaire, présente des végétations papillaires et suittantes au niveau de la paroi vaginale.

Le pessaire enlevé, une surveillance clinique sérieuse s'impose, en vue de dépister à temps un cancer du corps, que peut faire méconnaître la latence particulière des signes même bien observés et la lenteur de son évolution.

Importance de la métastase vaginale dans l'appréciation du pronostic

L'intérêt qu'il y aurait à pouvoir apprécier le pronostic, en se basant sur l'existence même d'une métastase vaginale, est de toute évidence. Mais il paraît difficile d'en étudier la valeur sur la base d'un petit nombre d'observations insuffisamment documentées dans ce sens.

Peut-être est-on autorisé à penser, mais cela même, il faut le dire, un peu à priori, que *les tumeurs par implantation* ne sont pas un indice de gravité particulière, ni de dissémination du cancer à distance. Tout au plus compliquent-elles l'acte opératoire. D'ailleurs elles semblent peu sujettes à la récidive. La malade de Cullen, dont la figure reproduit la tumeur vaginale, ne présentait pas de récidive neuf mois après l'ablation, malgré que le cancer du corps ait été laissé en place.

En est-il de même des *nodules sous-muqueux* inclus dans l'épaisseur de la paroi et de l'infiltration diffuse périvaginale ? Non, à priori, si vraiment l'origine lymphatique est réelle, et nous savons que ces nodules infiltrés peuvent coexister avec des disséminations ganglionnaires à distance ou des métastases viscérales. (Wahn.)

Mais nous n'oserions pas l'affirmer.

L'observation de Kaltenbach où la malade restait sans récidive un an et demi après l'opération, montre combien il convient d'être réservé dans l'appréciation du pronostic.

Indications thérapeutiques

L'ignorance même où nous sommes de la valeur pronostique des métastases vaginales nous interdit de fonder sur elles des indications thérapeutiques précises.

L'hystérectomie se trouve-t-elle contre-indiquée du fait de la métastase ? Il semble bien que non.

Ce que nous avons dit de la nature probable des *tumeurs superficielles*, tumeurs d'inoculation, autorise à penser que l'hystérectomie reste formellement indiquée.

Le mode seul de l'intervention s'en trouvera modifié, car il importe de pratiquer l'ablation de la tumeur secondaire : colpectomie partielle indépendante de l'hystérectomie si la tumeur est distante du col; colpectomie associée à l'hystérectomie si la tumeur est voisine des culs de sac vaginaux.

Est-on autorisé à agir de même si l'on se trouve en présence de nodules infiltrés sous la paroi vaginale ?

S'ils sont petits, relativement mobilisables, ils semblent bien n'être une contre-indication ni à l'hystérectomie, ni à l'extirpation du nodule lui-même.

Il n'en est pas de même de *l'infiltration diffuse*, périvaginale, tumeur de dissémination lymphatique probable. L'ablation de la métastase est difficile et forcément incomplète. L'hystérectomie même se trouve contre-indiquée par les difficultés locales. Elle le serait probablement, du fait de la dissémination néoplasique, s'il est vrai que la tumeur infiltrée est déjà un signe de généralisation.

Peut-on proposer enfin un traitement préventif de la métastase ?

La fréquence relative des tumeurs implantées par inoculation sur la cicatrice vaginale de la voie élargie par la fente du vagin impose des précautions spéciales.

Si l'on était obligé, à l'heure actuelle, de pratiquer l'extirpation de l'utérus par voie vaginale, on retomberait sans doute bien vite dans les discussions qui ont marqué la période où on la pratiquait de façon habituelle :

Nécessité d'éviter la fente latérale du vagin, cause de localisation;

Précautions à prendre pour éviter l'issue hors de l'utérus des produits néoplasiques, cause d'inoculation;

Et l'on verrait reparaître la proposition d'obturer au préalable le col par suture, le précepte d'éviter les tractions sur le corps, les manipulations au cours de la bascule de l'utérus.

La pratique actuelle de l'hystérectomie abdominale semble avoir réduit la fréquence des implantations vaginales secondaires et fait perdre de l'intérêt aux précautions proposées.

Il convient pourtant de ne pas perdre de vue que le risque d'apparition, après hystérectomie, même effectuée par voie abdominale, est réel; qu'il suggère des précautions au cours des manœuvres opératoires; et surtout qu'il impose l'examen ultérieur du vagin, à longue échéance, après l'hystérectomie pour cancer du corps.

Observations.

OBSERVATION I

SAXINGER

L'auteur rapporte le cas d'une femme chez laquelle un cancer du vagin s'était greffé sur une plaie de la cloison recto-vaginale, vers la partie postérieure de la voûte vaginale, il existait en même temps un cancer de la cavité du corps de l'utérus dont le cancer du vagin n'était qu'une localisation secondaire.

OBSERVATION II

SCHATZ (résumée)

Dans un cas de carcinome du corps utérin, qui fut extirpé par voie vaginale, on vit 9 mois après évoluer un carcinome cylindrique de l'urètre. Celui-ci paraît avoir été provoqué par inoculation au cours du cathétérisme, avant l'opération.

OBSERVATION III

BRUNO-HESSE

*Un cas de cancer primitif du corps utérin, avec cancer
secondaire de la vulve*

K. M., veuve d'un commerçant de Grectz, 54 ans, entrée le 22 avril 1885.

La malade a toujours eu une bonne santé, sauf, dans l'enfance, une scarlatine et affection scrofuleuse des yeux. Réglée à 14 ans. Régulièrement 3 à 4 jours. Toutes les quatre semaines. Sans douleur. Mariée à 23 ans. Une fausse couche et trois accouchements normaux, après lesquels elle garda le lit 8 jours. Le dernier accouchement il y a 25 ans. Il y a 4 ans, ménopause.

Alors, elle présenta, il y a eu un an en octobre, des hémorragies à caractère menstruel, survenant toutes les quatre semaines, durant chaque fois quelques jours, et sans douleur. En janvier de cette année, survient à la suite d'une brûlure du pied, une violente hémorragie, qui, après une interruption de 14 jours en février, se poursuit jusqu'à aujourd'hui, et c'est pour cela qu'elle vient consulter. L'appétit est bon. Selles et urines normales.

Etat actuel, 22 avril 1885. La malade présente encore un bon état général. Elle a quelque peu maigri. La musculature est bien développée. Les muqueuses sont pâles. L'abdomen est un peu ballonné, souple; il n'y a aucun point douloureux. La vulve bâille. Le vagin est large. Immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire, on trouve, à gauche, quelques petites nodosités du volume d'un pois, sous la muqueuse, et qui semblent être de petits kystes. Col situé sur la ligne médiane est court, induré dans sa totalité. L'orifice du col est linéaire, transversal. L'utérus est en antiflexion, un peu augmenté de volume et sensible. Le Douglas, à droite, est également sensible et un peu infiltré. Le paramètre est libre. Pendant le

cours de l'examen, il se produit une légère hémorragie utérine. La sonde N° 4, introduite dans l'utérus, pénètre sans difficulté à 5 centimètres et provoque immédiatement une forte hémorragie. Un diagnostic plus exact peut être porté le 1^{er} mai, après dilatation du col au moyen du laminaire sous anesthésie et exploration de la cavité utérine. Cette exploration permet de reconnaître une tumeur irrégulière assez dure, située sur la paroi postérieure. La paroi antérieure de l'utérus est uniformément épaissie. Au moyen de la curette, on retire quelques fragments de tumeur qui sont examinés histologiquement : diagnostic, carcinome.

A la suite de cette découverte, on pose l'indication d'une hystérectomie vaginale totale.

L'opération fut faite le 21 mai 1885. Pour éviter l'infection, l'orifice externe du col fut tout d'abord fortement oblitérée avec du coton, puis l'utérus fut détaché circulairement de ses insertions aux culs-de-sac vaginaux et le péritoine du Douglas suturé à la muqueuse vaginale postérieure. Puis les deux ligaments larges furent liés en quelques points et l'utérus put être attiré hors du vagin avec quelque difficulté.

La place fut ensuite rétrécie à gauche par quelques sutures et drainée et finalement le périnée, déchiré par l'extraction de l'utérus augmenté de volume, fut retiré.

L'état de la malade après l'opération fut toujours bon. La température, pendant les premiers jours, resta un peu au-dessous de la normale. Le pouls aux environs de 80.

Les derniers points de suture furent enlevés le 27 juin. Le 28, la malade put sortir.

La plaie vaginale présente, du côté gauche, quelques granulations, sans signification, qui ne présentaient aucune induration.

Au bout de 7 mois, le 25 janvier 1886, la malade revient à la clinique. Son état pendant cette période a été très variable. Elle se sentait souvent très lasse, sans force et sans appétit. Le sommeil avait été souvent troublé.

L'examen montre une gastrite chronique. A l'examen des

organes génitaux, on trouve, à l'entrée du vagin, un peu en arrière de la glande de Bartholin, une tumeur nodulaire d'à peu près 3 centimètres d'épaisseur et qui déborde la surface de la muqueuse d'à peu près 1 centimètre. Du côté droit, on trouve un autre nodule de 3 centimètres de diamètre, qui s'étend au delà de la ligne médiane, un peu vers la gauche. Deux autres tumeurs, du volume d'un haricot, dures, se trouvent un peu en arrière de l'hymen. La cicatrice opératoire du cul-de-sac vaginal est sape.

L'examen sous anesthésie, pratiqué le 29 janvier 1886, montre que la surface postérieure de la paroi abdominale est parfaitement libre. On constate également qu'il n'y a aucune inégalité au niveau du canal de l'urètre. La tumeur située à gauche de l'orifice vaginal était mobile, se laissait déplacer sur les places profondes et sur le squelette. La tumeur située à droite, immédiatement contre l'urètre, était perceptible le long de la branche ischio-pubienne et s'étendait jusqu'au voisinage du foramen ovale et ne se laissait pas soulever des places sous-jacentes.

Bien que aucune métastase viscérale ne se manifestât et bien qu'une extirpation totale ne parût pas très possible, à cause des larges adhérences à droite, on accéda au désir de la malade et on décida une extirpation des tumeurs vaginales. En premier lieu, on enleva le 2 février la tumeur vaginale gauche. La réaction à la suite de cette intervention fut insignifiante. La plus haute température fut 38°, et à partir du 10 février, l'état général fut relativement bon. Le 24 du même mois, on put pratiquer l'extirpation de la deuxième tumeur vaginale placée à droite. La femme fut placée en position gynécologique, le siège surélevé, et la tumeur fut circonscrite. Cependant, le clivage complet de la tumeur ne put être fait, celle-ci s'étendant trop loin en profondeur. On ne put en enlever que la plus grande partie possible. Quelques petites tumeurs furent excisées aux ciseaux, puis on plaça un pansement antiseptique. Le premier jour après l'opération, la malade eut une température normale et se plaignit seulement de faibles douleurs abdominales à gauche et d'anorexie. Mais le deuxième jour, survinrent des douleurs dans la région iléo-cœcale. Il se produisit aussi une suppu-

ration de la partie restante du cancer. Au bout de quelques jours, la suppuration prit une odeur fortement putride et la poche de l'abcès dut être drainée et lavée avec des solutions antiseptiques. Une forte hémorragie d'un demi-litre au niveau de la cavité de l'abcès, produite probablement par l'ulcération d'une grosse artère, survenue le 25 mars 1886, affaiblit tellement la malade qu'elle tomba en agonie et mourut le même jour à 1 heure de l'après-midi.

Compte rendu nécropsique

Nous ne retenons de celui-ci que les lésions pathologiques qui présentent un intérêt pour notre cas.

Dans la plèvre gauche, on trouve à peu près 200 cc. de liquide hémorragique. La plèvre viscérale gauche était au sommet dépolie, sur l'étendue d'une pièce de 5 francs, blanchâtre et de même en arrière de la suture du lobe inférieur. Sur la partie antérieure du lobe inférieur existait disséminés en différents points, des nodules néoplasiques gris blanchâtres, de la grosseur d'une lentille, de consistance dure, qui pénétrait dans le tissu pulmonaire, à quelques millimètres de profondeur. Dans la cavité pleurale droite, on trouve à peu près 200 cc. de liquide clair jaunâtre. Au niveau du lobe droit, la plèvre présentait de nombreux nodules néoplasiques carcinomateux de la grosseur d'une lentille, plus rares sur les lobes moyen et inférieur. En plus de ces lésions intra-thoraciques, on constate au cœur les séquelles d'une ancienne endocardite mitrale.

Dans la cavité abdominale, on constate que ni le foie, ni la rate, ni les reins, ni le péritoine ne sont atteints par le carcinome. Dans l'estomac, on trouva un ulcus long de 25 millimètres, large de 45 millimètres, qui avait provoqué une sténose de l'estomac. Le côlon ascendant, au niveau de sa partie latérale et inférieure, est fortement adhérent au péritoine pariétal, et lorsqu'il fut libéré, on constata l'existence d'un abcès blanc brunâtre qui pénétrait jusque dans la profondeur du bassin.

L'appendice était réduit à une formation amincie de 13 centimètres de long, fortement adhérent à la paroi de l'abcès. Le péritoine pariétal était indemne. Les ganglions rétro-péritonéaux étaient transformés en nodules néoplasiques,

fortement hypertrophiés, de la grosseur d'un œuf de poule et blanc jaunâtre. L'abcès pelvien attaquait la paroi droite du bassin en haut, jusqu'à la région de l'articulation sacro-iliaque droite. A droite, jusqu'au muscles tapissant la paroi abdominale, en bas et en avant, il communiquait avec le vagin par une ouverture admettant facilement le doigt. En arrière, il s'étendait jusqu'au rectum. Son contenu était constitué par des masses fétides, brun sale, friables. La cicatrice de l'extirpation de l'utérus était entièrement lisse. Dans la vessie, on trouva de l'urine blanc sale. La muqueuse vésicale était légèrement tomenteuse, à part cela intacte.

La muqueuse vaginale était pâle et lisse. La cicatrice blanche et lisse présentait seulement en son centre une saillie brunâtre de la grosseur d'une tête d'épingle.

Examen histologique

1° La tumeur du corps utérin, enlevée en mai 1885. — Une formation de la grosseur d'une noix de Galle, avec surface inégalement bosselée, se présentait comme un carcinome alvéolaire. Les alvéoles sont de grosseur variable. Les cellules très riches en protoplasma, avec de gros noyaux, présentent à la périphérie des alvéoles des cellules cylindriques basses. A l'intérieur de celles-ci se montrent différentes formations. Les septa alvéolaires sont, dans l'ensemble, assez étroits. Il semble que le carcinome ait eu comme point de départ les glandes de la muqueuse du corps, car sur quelques préparations, la forme des sections des glandes est encore reconnaissables, d'ailleurs fortement étagées et remplies de cellules carcinomateuses. Dans les portions plus développées de la tumeur, la configuration typique des glandes a disparu. Elle est remplacée par les formations alvéolaires du cancer.

Dans le carcinome vaginal extirpé le 2 février, du côté gauche, on voit de la surface pénétrer vers la profondeur des boyaux cancéreux constitués par de grandes cellules fortement colorées avec de gros noyaux et d'aspect polymorphe. Dans les courbes profondes des portions de ces boyaux sont entourés et étranglés par un tissu fibreux très riche en cellules, donnant également ici l'aspect d'alvéoles encapsulées par du tissu fibreux. Les cellules qui bordent les

boyaux cancéreux montrent également ici un aspect voisin de forme cylindrique. Les septa fibreux sont plus larges dans cette tumeur que dans le carcinome du corps.

Au niveau de la tumeur vaginale, enlevée la dernière (24 février), du côté droit, l'aspect correspond, dans l'ensemble, avec le carcinome vaginal du côté gauche.

La structure alvéolaire du carcinome est également très manifeste. Les boyaux cancéreux ne pénètrent pas si loin dans la profondeur, mais sont plus vite étranglés par le tissu fibreux et réduits à des alvéoles isolés. Les parties profondes sont presque entièrement analogues au carcinome du corps.

OBSERVATION IV

KALTENBACH

Chez une femme de 64 ans existait, en même temps qu'un cancer du corps, un nodule carcinomateux, gros comme une noix de galle, au voisinage de l'orifice urétral.

Pendant le redressement à l'hystéromètre de l'utérus rétro-fléchi et très augmenté de volume, s'écoulèrent en abondance des productions néoplasiques, cérébroïdes.

Après l'hystérectomie totale, on excisa le nodule cancéreux et l'examen histologique montra la concordance absolue de celui-ci avec le cancer du corps.

Un an et demi plus tard, la malade ne présentait pas de récurrence.

(Une observation semblable aurait été rapportée à Kaltenbach par un de ses collègues.)

OBSERVATION V

WAHN (Richard)

Sur un cas de carcinome primitif du corps utérin avec carcinome secondaire du vagin

M. L., 55 ans, de Preussnitz, mariée depuis 25 ans, a eu dans la première année après son mariage, un enfant mort-né. Les suites de couches furent simples.

Règles depuis l'âge de 16 ans. Régulières toutes les quatre semaines, durant 5 ou 6 jours, assez abondantes. Depuis l'accouchement, elles durent 8 ou 10 jours, ainsi jusqu'à l'âge de 46 ans : depuis plusieurs années, ménopause.

Depuis quelques années, hémorragies quotidiennes, abondantes, qui augmentèrent progressivement d'intensité et aboutirent finalement à un écoulement continu, de masses, la vure de chair, qui notamment dans ces derniers temps s'accompagnaient de vives douleurs excruciantes. Il y a environ un an expulsion d'une masse assez consistante.

La malade, jusqu'alors bien portante, supporta il y a 22 ans un typhus. Depuis plusieurs années, les hémorragies mentionnées. Dans ces derniers temps, céphalées prétendues violentes et vomissements. Amaigrissement notable. A l'avant-bras droit, la malade aurait eu dès l'enfance une verrue plane, qui depuis 4 ans se serait développée considérablement. Depuis longtemps, en même temps qu'elle augmentait rapidement de volume, sa coloration qui était au début celle de la peau aurait pris une coloration sombre violacée.

Etat actuel le 17 janvier 1890. Femme encore bien constituée, un peu pâle, avec un certain embonpoint. A la face d'extension de l'avant-bras droit, une humeur sénile saillante, du volume d'une châtaigne, à surface bosselée, de consistance un peu molle et striée de pigment.

La tumeur paraît particulièrement lardaire, translucide.

Dans la région iliaque droite, une verrue brunâtre. A la cuisse droite, une petite télangiectasie.

Au pourtour de l'urètre, s'étendant dans la lumière du vagin, à l'union de la paroi urétrale postérieure et de la paroi vaginale latérale, se trouve à droite et à gauche une tumeur; une troisième sur la paroi postérieure du vagin. Cette dernière fait saillie, rétrécie à sa base, périforme, sur la paroi postérieure du vagin et est nettement circonscrite des tissus voisins qui l'entourent et qui paraissent normaux, tandis que les deux autres se présentent comme une infiltration plus diffuse, plus poréminente. La tumeur de la paroi postérieure est la plus grosse : elle mesure environ 4 centimètres de long, 2 de large, tandis que sa plus grande hauteur peut avoir 1 cm. $\frac{1}{2}$. Elle est à sa surface bosselée, papillaire, tandis que les deux tumeurs qui siègent à côté du méat urétral sont couvertes d'une muqueuse saine. Les trois tumeurs sont de consistance ferme et d'aspect rougeâtre. La tumeur vaginale située le plus près du centre est bien mobilisable sur les plans sous-jacents, les deux autres sont solidement fixées.

Le col est un peu épais, mais sa surface montre un état sain, normal. L'utérus est antifléchi, de consistance dure et assez nettement hypertrophié. Pourtant on ne décèle à sa surface ou à son intérieur aucune tumeur circonscrite.

A la curette, on extrait du fond de l'utérus des productions assez volumineuses qui montrent, à l'examen microscopique, de nombreuses coupes de glandes qui forment par places de gros conglomerats tout à fait tassés, et qui ailleurs sont séparées les unes des autres par un tissu intermédiaire tout à fait rare. Elles sont en partie tapissées par une couche unique de cellules cylindriques un peu hyperplasiées, mais pour la plupart composées de plusieurs couches superposées, dont les cellules de la couche intérieure se montrent en coupe longitudinale.

Le 18 janvier 1890, excision d'un fragment de la plus grosse tumeur vaginale à la paroi postérieure pour examen microscopique. Celle-ci présente un aspect tout à fait semblable à celui de l'altération de la muqueuse du corps utérin.

qui vient d'être décrit. Le tissu conjonctif est seulement ici plus considérablement développé, de telle sorte qu'il prime sur les parties glandulaires organisées en plages. D'ailleurs, nous ne trouvons sur la tumeur vaginale les alvéoles glandulaires irrégulièrement enfoncés dans le tissu conjonctif, nulle part tapissés de plus d'une seule assise de cellules cylindriques, mais partout il y a de nombreuses formations où les lumières glandulaires sont aussi complètement remplies de cellules, qui ont d'autant plus perdu leur aspect cylindrique qu'elles sont plus rapprochées du centre de la glande.

Le 22 janvier 1890, excision de la tumeur de la paroi postérieure du vagin, parce que celle-ci est devenue la source, par sa surface papillaire, d'un saignement abondant et d'une sécrétion continuelle. Celle-ci s'enfonce profondément à travers le tissu paravaginal, jusqu'au rectum qui dut être élevé avec beaucoup de prudence. Suture très difficile de la perte de substance au fil de soie. L'excision ovulaire de la tumeur de l'avant-bras droit est exécutée dans la même séance.

Son examen histologique montre un sarcome très riche en cellules rondes et en cellules fusiformes. On renonça à l'ablation des nodules situés au côté de l'urètre, en raison de leur limite imprécise et du danger qu'il y avait de compromettre la continence par leur extirpation. D'autre part, une hystérectomie totale paraissant impraticable. Suites sans fièvre. Guérison rapide per primam de la plaie antibrachiale. La plaie vaginale présenta sur les bords une petite nécrose tout à fait superficielle. Ablation des fils le 31 janvier. La malade fut sur son désir envoyée chez elle le 5 février.

OBSERVATION VI

EMIL FISCHER

(Celle observation paraît être la même que celle de Wahn.)

F., 55 ans, ayant toujours eu une bonne santé, il y a 24 ans, accouchement d'un enfant mort-né. Suites de couches normales. Règles régulières auparavant, toujours assez abondantes jusqu'à la ménopause à 46 ans. Plusieurs années après une ménopause. Il y a 4 ans, la malade a de nouveau des hémorragies dont l'intensité augmente progressivement. Ces derniers temps, elles sont presque journalières et alternent avec des perts couleur lavure de chair. Ces derniers mois amaigrissement rapide, et depuis peu difficulté de la miction.

Femme solidement charpentée, mais pâle et d'aspect cachectique, dont l'état psychologique est le suivant :

Entourant l'orifice urétral, au-dessous et sur les côtés, on trouve des tumeurs de surface lisse, de couleur bleue violacé, de consistance dure, du volume d'une pièce de 5 pf. aplaties, séparées entre elles par un tissu d'aspect normal.

Sur la paroi vaginale postérieure, commençant à 3 centimètres en arrière de l'entrée du vagin, une tumeur assez volumineuse (environ 3 cm. de long, 2 cm. de large et débordant la surface de 1 cm., à base indurée, assez dure, de teinte rougeâtre, à surface un peu papillaire, et qui saigne facilement au toucher. Entourée de toutes parts par une muqueuse vaginale d'aspect normale, elle est séparée du cul-de-sac postérieur par une zone de tissu sain de 3 à 4 cm. Comme on peut le constater facilement au toucher rectal, elle est située dans l'épaisseur du septum recto-vaginal, mais la muqueuse rectale est bien mobilisable sur la tumeur.

Le col est épaissi en masse, lisse en surface, utérus antefléchi, assez augmenté de volume, épaissi et de consistance un peu molle. La mensuration à l'hystéromètre donne un

allongement de la cavité de 3 cm. et la sensation de masses molles qui saignent au contact de la sonde.

Ni les annexes, ni les autres organes pelviens ne présentent rien d'anormal.

Un examen minutieux du reste du corps montre la présence à l'avant-bras droit, d'une tumeur du volume d'un marron, qui après excision est reconnue comme sarcome spino-cellulaire,

Nous basant sur les constatations gynécologiques, nous devons conclure que la source des hémorragies était due, indépendamment des nodules vaginaux, à une maladie de l'endomètre. Pour éclaircir le diagnostic par un examen histologique, on fit suivre un curettage profond, qui mit au jour de nombreuses masses muqueuses.

Aussitôt, l'excision de la tumeur de la paroi vaginale postérieure fut exécutée, étant donné que d'une part, on devait envisager, en différant l'ablation du mal, l'envahissement du rectum par l'évolution du néoplasme, et d'autre part que par là, on éliminait la source des hémorragies ultérieures. Malgré une libération difficile, on parvint à circonscrire ce nodule en tissu sain, à le cliver sans blesser le rectum et à fermer la perte de substance par une suture transversale. Les deux tumeurs situées à l'extrémité de l'urètre durent être laissées, car leur ablation n'aurait été possible qu'avec le sacrifice d'une grande partie de l'urètre, dont il aurait bien pu résulter de l'incontinence.

Les préparations obtenues furent soumises à un examen histologique précis et celui-ci donna un résultat inattendu.

Sur toutes ces coupes pratiquées sur les débris de muqueuses extraits du corps, on trouva l'aspect typique de l'adéno-carcinome.

Dans tous les champs, se trouve un tourbillon vermiforme de lumières glandulaires extrêmement nombreuses, qui ne sont séparées entre elles que par un stroma intermédiaire rare et qui sont surtout tapissées par un épithélium cylindrique plus stratifié.

On voit fréquemment un comblement partiel des lumières par des cellules épithéliales, ainsi que des passages à des boyaux épithéliaux sur lesquels on ne voit pas de membrane propre. Le rare tissu interglandulaire présente davantage le type fibreux et en quelques points de longs noyaux en forme de batonnets qui appartiennent peut-être à des fibres musculaires. L'analogie des constatations histologiques sur la tumeur vaginale extirpée était frappante. Cette-ci présente de même sur les coupes histologiques, tous les caractères de l'adé-no-carcinome, qui s'est développé dans un tissu conjonctif présentant une infiltration inflammatoire sous forme d'aires alvéolaires tassés irrégulièrement. Les alvéoles sont bourrés de cellules épithéliales dont celles de la périphérie ont conservé la forme cylindrique parfaite. Le type glandulaire en bien des points saute aux yeux par ce fait que, autour de lumières tantôt plus petites, tantôt plus grandes, les éléments épithéliaux paraissent disposés avec une ordonnance concentrique.

D'autres alvéoles montrent par contre une réplexion complète par des cellules en ordre assez irrégulier.

Le résultat de l'examen microscopique ajouté aux manifestations cliniques permet le diagnostic d'adénocarcinome primitif du corps utérin. Adénocarcinome du vagin.

On ne pouvait pas sonper à une extirpation totale de l'utérus carcinomateux, par suite de la diminution du vagin et de l'existence d'une fixation solidement établie avec le rectum.

Après guérison simple de la plaie vaginale, la malade fut passagèrement améliorée et put rentrer chez elle.

Les effets du curettage furent, comme on peut penser, de courte durée. Bientôt, des hémorragies profuses renouvelées accompagnées de troubles de la miction et d'une cachexie progressive affaiblirent tellement la malade que deux mois après son départ elle succomba.

OBSERVATION VII

SCHOPF

K. L., joaillière, 52 ans, prétendait que depuis 5 ans, ses règles avaient cessé.

Il y a un an des hémorragies apparurent de nouveau, au début à intervalles irréguliers, puis de façon continue. L'examen montra : utérus du volume d'un poing, bien mobilisable. Col, orifice du col et vagin normaux. Le diagnostic de carcinome ne put être établi que par l'examen microscopique des produits de curettage.

Le 2 octobre 1889, l'extirpation de l'utérus fut pratiquée par voie vaginale. Le col est circonscrit. Ouverture du cul-de-sac de Douglas, puis de l'espace vésico-vaginal. Ligature et séparation des ligaments latéraux par trois ligatures en masse, des deux côtés, sans renverser l'utérus.

Enfin, j'évitai la section proposée de l'utérus, comme dans les derniers cas, d'une part parce que des bourgeons néoplasiques auraient pu facilement, au cours du renversement de l'utérus, s'échapper dans la cavité péritonéale, d'autre part pour éviter que des tissus inféodés puissent, à la faveur de la section, entrer en contact avec la plaie en différents points. En conséquence, je dus, en raison du gros volume de l'utérus, pour obtenir une plus grande facilité d'accès, pratiquer à l'entrée du vagin une fente latérale, et de ce fait il dut arriver qu'au cours des tractions exercées sur l'utérus avec les pinces, des germes cancéreux furent exprimés de son intérieur, qui vinrent en contact avec la plaie et donnèrent lieu à une récurrence, qui se fit en ce point. Après extirpation de l'utérus, la cavité vaginale fut fermée en haut par un point de suture qui comprit le péritoine et le dôme vaginal, dans les angles duquel les extrémités du fil furent nouées. L'utérus extirpé montrait l'orifice interne, du côté droit une tumeur molle du volume d'une noix.

Des deux côtés, comprenant l'orifice tubaire, se trouvait

une infiltration molle, gélatineuse, un peu friable à la surface.

Après l'opération, la malade vomit beaucoup et eut des douleurs abdominales violentes, pourtant seulement au contact. Température 38°. La guérison se fit sans trouble, si bien que la malade put rentrer chez elle le 20 octobre. L'abdomen était souple, nulle part sensible. Appétit et selles normaux. Les fils de suture durent être enlevés secondairement aux ciseaux.

Lorsque je revis la malade en janvier 1890, des nodules s'étaient formés des deux côtés de la plaie d'épisiotomie. Ils augmentèrent de volume, de façon continue et finalement s'ulcérèrent, tandis que le dôme vaginal restait libre.

Finalement, survint un cancer du lobe gauche du foie, auquel la malade succomba le 26 mai 1890.

OBSERVATION VIII

LEBENSBAUM

Histoire du malade. — Le 1^{er} avril de l'année passée, la femme X..., 27 ans, fut amenée à l'hôpital, avec phénomènes d'anémie aiguë. L'histoire de la maladie est la suivante :

La malade est issue d'une famille bien portante et été toujours bien portante. Première règle dans sa quinzième année. La menstruation ne présente rien d'anormal. La malade se marie à 17 ans, elle eut six accouchements normaux, le dernier accouchement a eu lieu il y a 4 mois, après une grossesse normale. La malade mit au monde un enfant vivant, et à terme. Le placenta sorti spontanément. Dans les 4 premières semaines, après l'accouchement, la malade se sentit parfaitement bien portante. Dans les 5 semaines s'installèrent des métrorragies. La première hémorragie ne dura que quelques jours. Après un intervalle de quelques jours,

elle se répète. Cette fois-ci, elle ne s'arrête que le onzième jours, après qu'on eut fait un curettage de l'utérus. Depuis ce moment, les hémorragies deviennent toujours plus fréquentes, l'état général de la malade décline toujours plus, l'appétit s'en va, elle vomit souvent. La dernière hémorragie extrêmement profuse, qui a eu lieu deux jours avant l'admission à l'hôpital, est imputée par le collègue T. à une ulcération de la paroi vaginale postérieure d'origine variqueuse. Pour mettre fin à l'hémorragie, le collègue T. fait une suture. Le médecin appelé auprès de la femme, qui a été transportée à Varsovie, fit un tamponnement vaginal et envoya la malade à l'hôpital.

Etat actuel

Taille moyenne, musculature faiblement développée, peu de graisse, couleur de la face blanche comme de la cire, muqueuse très anémiée, température 37°, pouls 120, irrégulier, petit, respiration accélérée, au poumon rien d'anormal, au cœur et aux vaisseaux souffles anémiques l'abdomen légèrement ballonné, la rate et le foie ne sont pas agrandis, le vagin est rempli de tampon qui sentent très mauvais et sont recouvert de sang. On trouve à la paroi postérieure du vagin et son milieu une tumeur (ulcération) allongée d'environ 4 cm. de longueur, 3 cm. de largeur et 5 cm. de profondeur, avec des bords irréguliers et proéminent, le fond de l'ulcération est inégal et rempli de sang coagulé, une ligature de soie traverse l'ulcération. Cette dernière est enlevée. Le reste de la paroi vaginale montre tout autour de l'ulcération un aspect parfaitement normal, l'utérus a été un peu agrandi, rétrofléchi, mobile, le col admettait à peine le bout du doigt, les culs-de-sac étaient libres. Le doigt introduit dans le rectum permettait de se rendre compte d'une mobilité parfaite de la muqueuse rectale, pas de ganglions inguinaux, il était plus logique de chercher la cause de l'hémorragie, de faire remonter la cause de l'hémorragie à l'ulcération vaginale, d'autant plus que le médecin appelé au moment de l'hémorragie avait fait récemment un curettage. L'aspect de l'ulcération et sa nature firent supposer qu'il s'agissait d'un cas rare, d'un néoplasme vaginal ou ce qui est encore plus rare d'un cas de tuberculose.

L'examen microscopique ne confirma pas notre supposition.

La nature de l'ulcération resta obscure. Le vagin fut lavé journellement au sublimé à 1 pour 4.000. L'ulcération fut traitée à l'iodoforme et le vagin tamponné à la gaze iodoformée. L'ulcération se détergea progressivement par ce traitement antiseptique et les hémorragies ne se répètent pas. Dix jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, elle fut prise brusquement d'un frisson, la température monta à 39°5 et le pouls à 156, il se développa chez la malade une pneumonie catharrhale, qui disparut au bout de dix jours sans trace. A cette époque, on constata une diminution de l'ulcération, la guérison se fit rapidement, de sorte que le 4 mai, à la place de l'ancienne ulcération, on ne constatait plus qu'un tissu cicatriciel qui ne se distingue nullement d'une simple cicatrice, à part une légère pigmentation. Cependant, l'état général de la malade laisse encore beaucoup à désirer, la fréquence du pouls reste toujours autour de 120 et l'appétit très faible. Le 14 mai, s'installe une hémorragie violente avec départ abondant de caillots. L'examen intérieur fait aussitôt révéla un fait très surprenant, le col lisse et plane était perméable pour un doigt. Ce dernier tombe sur une masse de consistance moyennement dure, irrégulière, qui part de la paroi antérieure de l'utérus et du fond. Le reste de la muqueuse utérine est lisse et semble normal, au moyen d'une curette tranchante, on prélève de petites parties de la tumeur pour l'examen microscopique qui révèle un cancer glandulaire fibreux.

On décide une hystérectomie vaginale totale, entre temps on fait des lavages intra-utérins journaliers avec Carbon. et la cavité utérine est tamponnée avec de la gaze iodoformée, il s'écoula à peine quelques jours depuis le diagnostic ferme de cancer utérin, lorsque la cicatrice vaginale commença à présenter quelques modifications, elle commença à s'ulcérer et à augmenter de dimension. Dans le vagin se développe une néo-formation dont la croissance évolua avec une rapidité tellement extraordinaire que celui-ci atteint la grosseur d'une noix de Galle, en deux semaines à peine. La surface de la tumeur lisse, au début, se sphacèle, la paroi vaginale

située en dehors de la cicatrice antérieure ne présente rien d'anormal. Les fragments de tumeur prélevés confirment, sous le microscope, le diagnostic clinique : soit un adénocarcinome, — en même temps les cellules cancéreuses présentent en beaucoup de points de fines corpuscules granuleux et un noyau cylindrique ou semi-linaire, rejeté à la périphérie, tandis que le reste du corps cellulaire était rempli par une masse régulièrement transparente. Par ci, par là les cellules s'agglomèrent en un réseau de cellules cancéreuses simulant l'aspect d'un tissu créticuleux, il s'agissait donc d'une dégénérescence coloïde très avancée.

Bref, nous avons affaire à un carcinome du corps utérin et du vagin. Pour pouvoir obtenir une vie pour l'hystérectomie totale vaginale qui devait suivre, il parut nécessaire de procéder d'abord à l'ablation de la tumeur vaginale, ceci fut fait le 31 mai, par simple excision. La plaie opératoire guérie par première intention, lors même que la malade présente quelques jours après l'opération une pleurésie, et le septième jours les fils furent enlevés, cependant l'état général de la malade ne s'améliore pas, la fièvre survint, lors même que la pleurésie disparaît sans trace et ne rétro-cède pas, elle se maintient constamment entre 38°5 et 40°, le pouls dépasse 120. En même temps, les hémorragies utérines qui ne s'étaient pas montrées dequis quelques temps reparaissent, mais avec cette différence qu'elle présente une intensité beaucoup plus grande.

Malgré que l'état de la malade permit d'espérer une évolution favorable et que les suites opératoires seraient sans incident, on décida d'attendre le premier jour d'apyrexie pour procéder à l'opération. C'était le seul moyen de sauver cette malade qui était sans cela condamnée sans espoir de guérison.

L'opération fut pratiquée le 3 juillet 1891, après l'opération la malade n'a plus de fièvre, mais le colapsus augmente et elle meurt le sixième jour de l'opération.

L'utérus enlevé avec les annexes et les ovaires était un peu gros, recouvert d'un péritoine lissé non modifié. A l'ouverture de la cavité utérine, on trouve celle-ci rempli de

masses irrégulières, sphacelliques, implanter sur le fond, sur la paroi postérieure et en partie sur la paroi antérieure. Le col et la portion inférieure de l'utérus étaient intacts, pas de métastases dans les ovaires et les trompes. L'examen microscopique pratiqué de préférence sur le point sphacellique montre le tissu utérin en dégénérescence cancéreuse et constituée par un rare tissu conjonctif dissocié par des îlots cancéreux. Ces dernières sont constituées par des grandes cellules aplaties de forme irrégulière, qui renferment un gros noyau. Dans le point ulcéré, les cellules ont subi la dégénérescence adipeuse et elles sont modifiées. Le tissu conjonctif est infiltré d'un grand nombre de petites cellules qui pénètrent dans le tissu, à travers les faisceaux musculaires, atteignant presque le péritoine. Par ci par là, on voit des hématies dégénérés et modifiés. En beaucoup d'endroits, on constate l'existence de grandes cellules dégénérées. En raison de la dégénérescence avancée, on ne trouve aucune glande. D'ailleurs, l'aspect est ici, tout à fait analogue à celui de la tumeur vaginale.

OBSERVATION IX

SELLHEIM

La communication d'un cas observé tout récemment à la clinique et qui présenta des nodules cancéreuses secondaires dans le vagin à ce tout premier stade, présente un intérêt tout particulier, parce qu'il s'agit dans ce cas non pas d'une métastase par inoculation, mais sûrement d'une formation métastatique par voie lymphatique. Le cas concerne une femme de 52 ans unipare, amnestique, père mort de faiblesse sénile à 85 ans, mère morte de faiblesse progressive, une sœur morte à l'âge de 40 ans d'un cancer de l'estomac, trois frères vivants.

La malade était nourrie par sa mère et était bien portante comme un enfant. La malade était réglée à 19 ans, d'une

façon régulière, pendant 4 jours, règles peu abondantes, mais douloureuses. Ménopause depuis deux ans.

L'été dernier, elle a eu quelques pertes, la malade était toujours bien portante. A l'âge de 32 ans, elle mit au monde un enfant petit, sans intervention, qui est vivant et qui fut nourri au sein pendant 16 semaines. Lactation abondante. Depuis trois mois, douleur abdominale, surtout dans le bas-ventre, à droite, et dans la région rénale. Depuis cette époque, pertes blanc verdâtres. La malade a maigri ces derniers temps, la capacité de travail a diminué notablement. Selles et mictions, sans particularités.

Etat actuel. — Malade de grandeur moyenne, squelette moyenne, musculature, embonpoint peu développés, peau légèrement teinté, en jaune, formation de la tête en brachycéphale. Dentition très bonne partie droite de la glande thyroïde grosse comme un œuf de pigeon, partie moyenne peu augmentée, partie gauche grosse comme un marron d'Inde. Seins pendants et auréole de dimension moyenne, mais très prédominant, peu pigmenté, bout de sein bien développé, rien de particulier. Périnée deux centimètres de long, entrée du vagin largement ouvert. Derrière celui-ci, paroi postérieure du vagin visible de dimension d'une noisette. A la commissure postérieure, cicatrice ancienne qui se poursuit des deux côtés de la muqueuse vaginale. Dans la muqueuse vaginale, on sent à la paroi postérieure 3 à 4 petites nodosités circonscrites, à peine grosses comme des petits pois, qui se délimitent complètement et nettement des tissus voisins. Dans leur voisinage, on ne trouve aucune infiltration de tissu. Ce dernier est recouvert complètement de muqueuse intacte, à part une située à droite qui montre une surface rouge foncée, un peu irrégulière et comme hérédée, il y a aussi une nodosité analogue sur la paroi vaginale antérieure en avant et à gauche, à côté du méat urinaire, recouvert d'une muqueuse intacte. Le col situé un peu profondément, l'orifice du col dirigé en bas, longueur du col 1 cm. $\frac{1}{2}$, largeur 2 cm., autant de diamètre sagittal. L'orifice du col montre une petite fente transversale parfaitement lisse, le col est de même parfaitement lisse. Le corps utérin en anteflexion mobile, gros comme un œuf d'oie, rond, largement

induré, les ligaments sacro-utérins légèrement épaissis et raccourcis, mais encore mobilisable en avant, ligaments larges libres. Du côté gauche, un nodule de la grosseur d'une amande entièrement mobile par rapport au bassin, un nodule analogue accolé à l'utérus du côté droit.

Le curettage ramène des masses assez volumineuses de tissu déchiqueté. Deux petits nodules latéraux ont été prélevés pour l'examen microscopique.

Quatre semaines après, dans le cul-de-sac latéral droit une induration de $\frac{1}{2}$ cm. de largeur annulaire, à laquelle fait suite une muqueuse lisse de 1 cm. $\frac{1}{2}$. A partir de la ligne médiane, de droite à gauche et d'arrière en avant, on trouve une surface à bords surélevés, légèrement grenus. A l'endroit semblable se trouve encore au-dessus de la première et occupant tout le dôme vaginal droit. De sorte, en avant, le dôme vaginal droit semble considérablement aplati par rapport au côté gauche. Le corps utérin atteint la grosseur d'une bille de billard.

Le toucher rectal révèle un col utérin de 3 cm. de longueur, induré, faisant saillie en arrière. Les ligaments sacro-utérins sont de la grosseur d'un doigt, mais encore mobilisables en avant. La partie supérieure du ligament large, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, a un nodule métastatique de la grosseur d'une amande. Ovaires : mêmes constatations que l'examen précédent.

L'envahissement progresse donc rapidement du côté de l'utérus et du cul-de-sac vaginaux, en plus on trouve des métastases dans les ganglions lymphatiques du bassin.

Examen microscopique des masses curettées : le tissu conjonctif contient de nombreux amas glandulaires tapissés par les cellules cylindriques. Les noyaux occupent la situation basale et se colorent intensivement. Par place, on note une forte prolifération de l'épithélial qui devient alors pluri-stratifiés, et rappelle par sa forme l'épithélium pavimenteux. Ailleurs, la lumière glandulaire est entièrement remplie par des cellules épithéliales polymorphes. Enfin, dans d'autres endroits on trouve une prolifération massive d'un épithélium tout à fait atypique. Entre les boyaux épithéliaux s'infiltrent

des minces tiges de petites cellules rondes et des cellules musculaires lisses isolées qui forment le stroma d'une tumeur. Au point de vue microscopique, les noyaux métastatiques des dômes vaginaux ressemblent beaucoup à ce noyau primitif.

Les noyaux excisés du vagin sont constitués au point de vue histologique de façon suivante : le revêtement uniforme de l'épithélium à type malpighien séparé par un rang de papilles basses de la couche des cellules cylindriques par des papilles basses. Au-dessous s'étend un large champ de tissu conjonctif avec par places une très légère infiltration. Plus profondément, une grande quantité de tubes épithéliaux les uns pleins, les autres présentant un centre ramolli dont les caractères histologiques et les ramolissements de certains tubes rappellent très exactement la disposition constatée sur le fragment biopsique utérin.

On constate la présence dans les vaisseaux lymphatiques encore revêtus de l'endothélium de petits amas cellulaires. Il se trouve sous la muqueuse du vagin, dans les papilles de tissu conjonctif sous muqueux.

L'auteur possède toute une collection semblable qui a été faite à des niveaux différents. Il n'a jamais rien trouvé qui puisse plaider en faveur d'une greffe par inoculation extérieure. Toujours, il a trouvé un épithélium intact et une large zone de tissu conjonctif normal qui le sépare de l'épithélium de la métastase. La multiplicité de métastases apparaissant en différents endroits et la constatation microscopique de ce lymphatique rempli de cellules est une preuve certaine de la propagation par voie lymphatique. Il n'existe aucune preuve de la dissémination de voie sanguine. Il peut arriver que le noyau de généralisations soit ulcéré et donne lieu à une impression de greffe extérieure. Il faut être prudent avant de conclure, d'après cet aspect, qu'il s'agit d'une greffe extérieure.

Le 8 juillet 1894, la femme M. W. était admise à notre clinique. Elle a 44 ans. Secndipare.

Histoire de la maladie. — Pas de tare héréditaire, allaitée par sa mère, a marché de bonne heure, a habité toujours en ville dans des conditions d'existence assez favorables. Travaux d'aiguille et de ménage. Régée à 16 ans, toujours de façon irrégulière, tous les deux, trois, quatre semaines, pendant quatre ou cinq jours : intensité moyenne et peu de douleurs. Premier enfant à 22 ans. Forceps, fièvre, mais se lève cependant déjà après 14 jours. Pendant six semaines, lochies sanguinolentes, puis saignement profus de plusieurs jours et abondant, qui ne cessent qu'après consultation de médecin, qui prescrivit le repos au lit et des injections. Deuxième enfant : 24 ans, naissance au huitième mois. Suites de couches sans fièvre, mais après trois semaines, comme pour le premier enfant, saignement abondant de plusieurs jours. N'a pas nourri ses enfants. Il y a deux ans, les règles ont cessé pendant 3 mois, puis réapparaissent spontanément après l'évacuation de quelques débris sans douleur.

Au printemps 1893, les règles cessent pendant trois mois et reviennent à nouveau spontanément. A cette époque, les évacuations du sang auraient senti mauvais. A août et septembre, les règles cessent à nouveau, puis les métrorragies (8 à 10 jours). Ensuite, arrêt de trois semaines. Depuis le commencement de novembre, saignement abondant, de mauvaise odeur, continu. Aucun malaise, amaigrissement en ces derniers temps.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, de nature assez résistante, musculature pas mauvaise, forme de la tête : mésocéphale, pas de dents, la partie droite du corps thyroïde grosse comme un œuf de pigeon, le lobe moyen de la dimension d'un marron, le gauche d'une noix. Les seins N° 3, auréole moyennement pigmentée, bout de sein très peu proéminent, petit plan, les téguments abdominaux très tendus. Le périnée est court, grosse cicatrice, muqueuse vaginale bleue, col de 1 centimètre de longueur, de 3 centimètres de diamètre, l'orifice du col a une fente située à la partie droite qui se propage jusqu'au cul-de-sac, du côté gauche une cicatrice oblique qui se propage également dans le cul-de-sac.

Corps utérin de la dimension d'un gros point de surface très irrégulière et légèrement bosselée, consistante. On ne peut en aucune façon le déprimer au-dessus de l'isthme. Si on remonte un peu plus haut, on remarque que la paroi postérieure de l'utérus est dure à droite, mais vers la gauche la tuméfaction devient plus molle. Les ligaments sacro-utérins gauches ont l'épaisseur d'une plume à écrire et assez tendu. Derrière la portion latérale de ce dernier, il y a une tuméfaction lisse de la dimension d'un haricot et assez dure. En plus, on constate entre l'utérus et le bassin un corps mobile de la dimension d'une amande. Les ligaments sacro-utérins droits sont très tuméfiés et très raccourcis. Tout en haut, un corps lisse. Dans le vagin, on remarque à droite à 3 centimètres de l'entrée, un nodule dur et lisse, le bassin est large. Curettage, injection, tamponnements.

Au cours du curettage, on sort plusieurs masses fragmentées. Il était logique, d'après l'amnésie et l'état actuel, de penser à un cancer de l'utérus et de prendre éventuellement les petites nodosités du vagin pour des métastases multiples, d'autant plus qu'on avait eu l'occasion de constater un cas analogue il y a peu de temps. L'un de ces petits nodules fut excisé. Mais l'examen microscopique nous appris une autre chose. Les différents petits morceaux provenant de curettages montraient dans un tissu fondamental riche en cellules une augmentation de formation glandulaire. La lumière des glandes est sur des coupes transversales, ovales, et présente à beaucoup d'endroits des excavations irrégulières. Le revêtement épithélial est constitué par des cellules cylindriques d'une seule couche. Le calibre des différentes glandes est assez différent, certaines sont trois ou quatre fois plus grandes que normalement. C'est surtout dans ces glandes plus grandes qu'on trouve une masse visqueuse et filamenteuse. Sur des coupes longitudinales, quelques glandes montrent des excavations et alternent avec des proliférations en doigt de gant, de sorte qu'on obtient des figurations en tire-bouchon. Des coupes faites à travers de petites nodosités excisées montrent :

Sous une muqueuse vaginale intacte, on trouve le tissu conjonctif de la sous-muqueuse assez régulièrement agencé

dans lequel se distingue un peu plus dans la profondeur des faisceaux de tissu conjonctif irrégulière qui s'entrecroisent et qui sont plus ou moins délimités. Ce dernier compose la totalité de petites nodosités s'entre-croisant mutuellement, et montré tantôt une disposition plus onduleuse, tantôt se rétracte, de sorte qu'il se présente tantôt longitudinalement, tantôt transversalement. Les noyaux de ces faisceaux conjonctifs sont plus nombreux, peu colorés, de façon plus intense et plus grande que le tissu conjonctif sous-muqueux. D'après cela, il s'agissait d'une endométrite glandulaire et de fibrome sous-muqueux du vagin. C'est à ce titre que le cas était digne d'être mentionné, étant donné que le cancer de l'utérus peut présenter des nodules fibreuses semblables et que ce dernier peut être confondu avec des métastases cancéreuses. Une telle erreur contredirait une opération radicale, comme la participation du vagin écartait l'espoir d'une guérison absolue.

Par conséquent, l'excision de ces petites masses, enfin l'examen microscopique sont toujours indiqués dans un cas semblable.

OBSERVATION X

HOFMEIER

Femme P..., 55 ans, nullipare, entre, en juillet 1893. Réglée jusqu'à il y a 20 ans. Depuis un an, pertes abondantes, liquides teintés de sang, particulièrement fortes depuis deux mois.

Personne colossalement grosse, hymen intact, col à peine atteignible à cause de la longueur et de l'étroitesse du vagin. Tout à fait normal. Utérus pas. La Biopsie montre un adénocarcinome.

Extirpation totale de l'utérus à peine possible; après laquelle des deux côtés la cavité vaginale se trouve profondément fissurée. Convalescence tout à fait sans trouble.

14 juillet 1894. — Depuis les dernières semaines, vives douleurs au niveau de la vulve, dans la cavité vaginale du côté gauche, près du périnée, un nodule ulcéré du volume d'une noix de Galle, au pourtour duquel le tissu cellulaire est infiltré de toutes parts.

La cicatrice en haut dans le vagin et les environs de la plaie opératoire proprement dite tout à fait lisse et souffle. Le nodule circonscrit partout et extirpé par cautérisation au Paquelin montre histologiquement exactement la structure du carcinome de l'utérus enlevé il y a un an.

Sur la première opération, il y avait dans la partie supérieure de l'utérus un adéno-carcinome pas très avancé.

9 août 1894. — La perte de la substance presque entièrement comblée par granulations.

Au pourtour cependant une infiltration suspecte.

26 décembre 1894. — Cicatrice inférieure dans le vagin très solide et lisse. Dans la profondeur à gauche contre la tubérosité de l'ischion, épaississement suspect.

OBSERVATION XI

NIEBERGALL

Pour rappeler brièvement l'ancienne histoire pathologique, on fit le 7 novembre 1894, pour un carcinome du corps, hors duquel s'était éliminé quelques jours auparavant une masse sarcomateuse, l'extirpation totale de l'utérus.

Depuis cette époque, la malade allait bien. Elle avait engraisé, pris des forces et ne souffrait plus. Cet état dura jusqu'au début de janvier 1896, c'est-à-dire environ quatorze mois.

Depuis cette date, la malade remarquait des pertes blanches plus abondantes et de légères brûlures à la miction. Elle se soumit pour cela à un examen qui donna ce qui suit :

Elat général bon. Malade non cachectique. Poupon, cœur et organes du tractus digestif normaux. Pas de fièvre. Pouls bien frappé.

Dans la cicatrice souple de l'extirpation totale, on ne remarque rien. Pas de résistance. Vagin lisse.

Par contre, on voit, à droite, le pourtour supérieur de l'entrée du vagin, là où le bord du spéculum avait un peu écaillé la muqueuse, lors de l'opération précédente, une tumeur des dimensions d'une pièce de 5 centimes, avec une surface humide, un peu visqueuse. Cette tumeur est de consistance ferme n'est pas sensible au contact : celui-ci provoque un léger suintement hémorragique.

L'urètre n'est pas atteint. Les ganglions inguinaux ne sont pas hypertrophiés.

Le 10 février, la tumeur est excisée au thermocautère et la plaie escarifiée avec soin.

Diagnostic clinique : métastase par inoculation, après extirpation de l'utérus pour cancer du corps.

OBSERVATION XII

CULLEN-RUSSELL

(Les observations de Cullen et de Russell concernent la même malade.)

Adéno-carcinome du vagin secondaire à un adéno-carcinome du corps de l'utérus

J. S., âgée de 46 ans, admise le 13 novembre 1895, se plaignant d'une douleur au côté droit du pelvis et de pertes vaginales.

Mariée à 24 ans. Quatre enfants. Pas de fausse couche. Les règles ont commencé à 16 ans, toujours régulières, ne s'accompagnant pas de douleurs. Les dernières périodes menstruelles étaient espacées de cinq semaines.

Les trois ou quatre dernières années, les règles étaient

abondantes, avec des caillots. Pendant la même période, il y eut d'abondantes pertes léucorrhéiques, qui, par moments, étaient irritantes et striées de sang. Occasionnellement, elles contenaient de petits caillots de sang.

Antécédents familiaux : la tuberculose est certaine du côté paternel. Un frère est mort d'un étumeur intestinale.

Observation actuelle : Une année après la naissance de son second enfant, il y a 16 ans, elle nota pour la première fois une sensation particulière au niveau de la partie toute inférieure de l'abdomen, comme si le contenu de l'abdomen tombait. Quelque temps après, l'utérus apparut au dehors. Après 4 ans d'existence de ce prolapsus, la malade commença à porter un pessaire, qui a tenu l'utérus en place jusqu'à présent. La miction est accompagnée de douleurs expulsives.

Etat général : La malade est maigre. Elle a perdu du sang, mais les lèvres et les muqueuses sont bien colorées. Appétit excellent. Constipation.

Examen vaginal : Périnée très relâché, au niveau de la paroi vaginale postérieure, à 2 cm. du col, se trouve une masse fongueuse, qui semble parfaitement circonscrite. Le col est normal et l'utérus, qui est en antiposition et de volume normale, est mobilisable. Les annexes sont apparemment normales. Le toucher rectal ne montre aucune connexion entre la tumeur vaginale et le rectum.

Opération le 14 novembre 1895, par Kelly. La tumeur de la paroi postérieure est excisée, en même temps qu'une large marge de la muqueuse vaginale normale. La plaie est suturée au catgut. La malade sort le 15 décembre, complètement guérie.

Examen histologique : La pièce enlevée est une portion de la paroi vaginale postérieure, mesurant 5 cm. sur 4. Le bord de la pièce est souple et ressemble à de la muqueuse vaginale normale. La plus grande partie de la surface est indurée et est le siège d'une tumeur. Par places, cette tumeur présente un type papillaire s'élevant de 2 à 5 millimètres au-dessus de la muqueuse. En d'autres points se trouvent de

petites masses conglomérées, masses arrondies, qui se réunissent pour former un nodule de 1 cm. de long sur 8 mm. de large et 3 mm. de hauteur. La partie la plus saillante de la tumeur forme un nodule légèrement lobé mesurant 2 cm. 5 sur 2 cm., faisant saillie à la surface de la muqueuse. La ligne de jonction entre la muqueuse vaginale et la tumeur est irrégulière, mais bien limitée. A la coupe, la tumeur apparaît comme étant très superficielle.

A l'examen histologique, presque toute la tumeur apparaît comme étant formée d'amas épithéliaux. Ceux-ci, au petit grossissement, montrent un arrangement glandulaire mal défini, mais moins distinct à un plus fort grossissement. En de nombreuses places, des glandes typiques sont visibles. Elles sont limitées par une couche d'épithélium cubique ou cylindrique bas, dont les noyaux sont ronds ou légèrement ovales et situés assez bas dans la cellule. Les lumières sont pleines ou contiennent des leucocytes à noyaux polymorphes. Par places, ces glandes sont placées les unes à côté des autres sans aucun stroma intercalaire. Le stroma, quand il existe, consiste dans des cellules fusiformes et montre une infiltration marquée de petites cellules rondes. L'épithélium a proliféré par endroits jusqu'à former de véritables nids. Le tissu sous-jacent montre seul de légères altérations, mais tout autour des limites de la tumeur, il existe une infiltration marquée de petites cellules rondes. Cette tumeur est un adéno-carcinome.

La malade fut admise de nouveau le 31 août 1896, se plaignant d'une douleur pelvienne, s'irradiant à droite et en arrière. Son état général avait été très touché après la première opération. Depuis ce moment, elle avait eu des douleurs violentes et presque constantes, commençant sur la ligne médiane dans le pelvis et irradiant à droite jusqu'à la hanche et même jusqu'au dos. Ces douleurs sont si violentes que la malade s'est alitée. Elle a des pertes vaginales continuelles, mais de moyenne intensité. Elles ne sont pas malodorantes. Elles sont de temps en temps teintées de sang, mais jamais hémorragiques. Les périodes menstruelles cependant durent deux semaines avec des caillots.

Constipation. Défécation ordinairement douloureuse. La malade a perdu du poids, est très amaigrie, pâle, faible, anémique et de pauvre appétit.

Examen vaginal : Périnée très relâché. Le col se trouve en plein dans l'axe. L'orifice externe est très ouvert, admettant l'index. Son fond est légèrement induré et éversé. Le corps de l'utérus est élargi, mou, et repose sur le rectum.

L'examen n'entraîne pas d'hémorragie.

Opération le 5 septembre : Laparotomie exploratrice. A l'ouverture de l'abdomen, l'utérus apparaît du volume d'une grossesse de trois mois. Il a une forme régulière. La trompe gauche est normale et l'on voit dans l'ovaire gauche la paroi d'un kyste, qui s'est rompu par l'exploration vaginale juste avant l'opération. Tout le ligament large du côté droit, depuis l'utérus jusqu'à la paroi pelvienne, est infiltré par la nouvelle tumeur. La trompe droite, à son extrémité utérine, est très épaissie. On peut la suivre sur 3 cm. Elle se perd alors dans la masse. Du côté gauche deux des ganglions iliaques présentent un diamètre de près de 2 cm. et les ganglions lombaires sont aussi hypertrophiés. L'ovaire droit n'est pas envahi par la tumeur, mais l'intestin grêle est adhérent à la masse indurée du côté droit. Il n'y avait aucune trace de récédive de la greffe vaginale.

Comme il était impossible d'enlever l'utérus, l'abdomen fut fermé. Le col fut dilaté et une grande quantité de tumeur friable fut curettée. La malade quitta l'hôpital le 9 octobre.

Examen anatomique et histologique : Les spécimens adressés sont des débris de la tumeur utérine.

Examen histologique : Les tissus sont de type très variable. Par places, leur surface est assez lisse, l'épithélium étant intact et les glandes immédiatement sous-jacentes non altérées. En d'autres points, on rencontre une masse papillaire irrégulière. Cette masse coupée transversalement et ne reposant sur rien. En d'autres points, les éléments glandulaires montrent un arrangement nettement en volutes. Ici l'épithélium présente seulement une couche d'épaisseur : il est normal. Le stroma entre les glandes est d'autre part très rare et consiste en cellules allongées. D'autres coupes montrent que

l'épithélium, à la surface de quelques-unes des masses papillaires, a proliféré, formant de nouvelles glandes, tandis que l'épithélium des glandes dans la profondeur a tellement augmenté de volume que la lumière est partiellement comblée par des cellules.

Au niveau de ces points, les cellules sont grosses et contiennent des noyaux trois ou quatre fois plus larges que ceux de l'épithélium cylindrique. Ces noyaux se colorent aussi plus intimement. De tels points sont mieux décrits si l'on dit que ce sont de larges plages cellulaires, en quelque sorte empaquetées les unes avec les autres et divisées en groupes plus petits par un terreau anastomotique de tissu conjonctif dans lequel se trouvent de fins capillaires.

Par places, on trouve des aspects plus instructifs. Ainsi, dans la figure 221, l'épithélium forme une large nappe de cellules avec pratiquement aucun stroma, mais cependant, même à ce niveau, on retrouve un arrangement glandulaire typique, en de nombreux points.

Ce cas est sans aucun doute un cas d'adéno-carcinome de l'utérus.

OBSERVATION XIII

ROSINSKI

Une femme avait porté pendant longtemps un pessaire, pour rétroversion de l'utérus.

Dernièrement, il s'était produit, à l'entrée du vagin, des deux côtés, une escarre par décubitus et en ce point même un adéno-carcinome se développa. Il montra, par sa structure histologique, une identité parfaite avec la tumeur cancéreuse du corps utérin. On pouvait éliminer l'hypothèse d'une métastase par voie lymphatique et la production de ce cancer secondaire ne pouvait s'expliquer que par l'issue hors de la cavité utérine, de germes cancéreux, survenue soit à l'occasion du curettage, soit indépendamment de ce-

lui-ci. Ces germes parvinrent jusqu'au niveau de l'ulcération produite par le pessaire et donnèrent lieu à l'implantation.

Plus tard, il se développa un cancer du type glandulaire, à la face interne de la cuisse gauche, dans la musculature profonde, c'était probablement une métastase, par voie lymphatique, partie du foyer de l'entrée du vagin situé du même côté.

OBSERVATION XIV

THUMIN

Une seule fois, une récurrence fut constatée, qui pourrait être éventuellement considérée comme récurrence par inoculation.

Il s'agissait ici d'une femme de 58 ans. L'extirpation de l'utérus fixé fut des plus difficiles. Les pinces de Museux déchirèrent et des masses carcinomateuses friables s'écoulèrent hors de la cavité utérine. Finalement, on réussit, avec le doigt, engagé dans le Douglas, à basculer au dehors d'arrière en avant, le fond, ce qui permit de terminer rapidement l'opération après séparation des ligaments. Les suites furent simples, sans réaction et la malade partit guérie. Elle se porta longtemps encore tout à fait bien. Elle engraisa et encore dix mois après l'opération, elle fut, à un nouvel examen, trouvée tout à fait sans récurrence. Mais bientôt cependant, à un examen, deux mois plus tard, on trouvait près de l'orifice urétral, et en majeure partie à la paroi postérieure de celui-ci, une excroissance du volume d'une noix de Galle, fongueuse, de consistance molle, friable et d'aspect crevassé. Les parties effritées furent soumises à l'examen histologique, dont il ressortit qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome de caractère semblable à celui qu'avait montré le cancer primitif du corps utérin. Par suite, cette excroissance fut extirpée à sa base, partout en tissu sain et la plaie opératoire cautérisée au Paquelin. La malade put après huit mois être renvoyée guérie.

On ne constatait pas de récidence dans la cicatrice du foyer vaginal. Malheureusement, elle échappa à une observation ultérieure et nous apprîmes seulement qu'elle était morte trois mois après.

OBSERVATION XV

NÉLATON *in* LEVESQUE

Inoculation vaginale secondaire d'un cancer du corps de l'utérus avec inoculation par contact au niveau de la localisation secondaire. (Communiquée par M. Girod.)

Mme V... Ernestine, âgée de 64 ans, souffre du ventre depuis trois ans. Les douleurs d'abord peu intenses sont devenues depuis trois mois très violentes. Elles sont continues, mais avec des périodes d'exacerbation et siègent dans le bas-ventre et les reins, avec irradiation dans les cuisses. Ménopause depuis dix ans. Depuis cette époque, pas de métrorragies, mais parfois la malade perd un peu d'eau rosée avec quelques caillots sans odeur bien caractérisée.

Examen. — Au toucher, on constate un col petit, un utérus bien mobile, mais très volumineux. Lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on aperçoit immédiatement à l'entrée du vagin deux ulcérations de nature manifestement néoplasique et qui se correspondent exactement. Celle de gauche, de la grandeur d'une pièce de un franc, est exactement accolée à celle du côté opposé, un peu plus petite. Ces ulcérations sont saignantes, un peu indurées. Il semble qu'elles se sont développées, depuis un mois environ, car le médecin traitant ayant examiné la malade à cette époque pour la dernière fois et ayant pratiqué la dilatation du col par une tige de laminaire, déclare n'avoir rien observé d'anormal au niveau de la vulve et du vagin, pas plus qu'aux examens antérieurs.

Opération le 20 janvier 1903, par M. le Docteur Nélaton. Hystérectomie vaginale pénible, les pinces dérapent à cha-

que instant sur l'utérus friable. Ablation des deux ulcérations vaginales et surjet au catgut.

Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 15 février.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION XVI

RICHELOT-MERCADÉ, *in* TESSON

Charlotte M..., 44 ans, entre le 4 mars 1902, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Docteur Richelot. Régée à 17 ans, nullipare, menstruation normale, pas de leucorrhée.

En mai 1901, au moment de la période menstruelle, surviennent de violentes crises douloureuses dans le bas-ventre, irradiant vers les lombes, les cuisses. Cet état douloureux durait d'une à trois heures et s'accompagnait de l'expulsion de gros caillots par les voies génitales. Il persista pendant trois semaines pendant lesquelles la malade dut garder le lit. Elle n'eut à aucun moment de fièvre, ni de vomissements.

Pendant les mois qui suivirent (juin-juillet-août), rien d'anormal ne se produisit. Les règles durèrent trois à quatre jours sans douleurs.

En septembre, nouvelle crise, semblable à la première, au moment des règles : douleurs paroxystiques expulsives. Cet état dura 8 jours.

En octobre et en novembre, la période menstruelle ramena le retour des mêmes accidents.

A partir de ce moment, les pertes deviennent presque continues. Elles sont toujours uniquement sanglantes, jamais fétides. Les crises douloureuses, de plus en plus fréquentes, sont depuis deux mois quotidiennes. Elles se produisent à peu près régulièrement vers midi, et même depuis peu, deux fois par jour. Rien ne calme la malade que les injections de morphine, dont elle use largement.

Examen. — Femme anémiée, mais encore grasse, col petit, à lèvres minces.

L'utérus paraît assez volumineux, régulier, mobile : le cul-de-sac antérieur est occupé par une masse dure qui fait corps avec l'utérus. A l'entrée du vagin, sur la paroi postérieure, existe une tumeur ulcérée et saignante, assez régulièrement ovalaire, et mesurant 3 centimètres sur 2 : cette tumeur est mobile sur les plans profonds.

Pas d'adénopathie inguinale.

Diagnostic : Cancer probable du corps de l'utérus.

Opération le 6 mars (M. le Docteur Richelot). 1° Extirpation très facile de la tumeur vaginale; 2° hystérectomie vaginale.

L'hémisection antérieure montre la cavité cervicale absolument saine. Mais dès que l'orifice interne est franchi, des masses de tissu néoplasique s'effritent dans le champ opératoire. Le tissu utérin est excessivement friable : les pinces à traction déchirent. Plusieurs petits fibromes interstitiels s'énucleent, un plus gros doit être sectionné, c'est celui qu'on sentait par le toucher dans le cul-de-sac antérieur. Enfin, et avec beaucoup de peine, à cause de l'étroitesse du vagin et la friabilité du tissu utérin, on obtient après morcellement partiel, la bascule du fond de l'utérus. Pinces à demeure.

Pièce : La cavité utérine est extrêmement remplie par le tissu cancéreux, lardacé, qui s'effrite facilement, mais n'a nulle part l'aspect gangréneux. La paroi utérine mesure environ 1 centimètre d'épaisseur. Elle est, à l'œil nu, assez peu infiltrée. Le canal cervical et le col sont sains. La surface péritonéale est indemne.

Examen histologique (Gaston Landel).

a) Utérus : épithélioma cylindrique typique;

b) La tumeur vaginale est manifestement secondaire : elle reproduit la disposition pseudo-glandulaire de l'épithélioma cylindrique de l'utérus, mais avec tendance à se rapprocher de l'infiltration diffuse. La prolifération néoplasique a commencé dans la profondeur. Elle est encore recouverte en partie par l'épithélium stratifié du vagin. En d'autres points,

la muqueuse vaginale est ulcérée, mais le cancer est encore recouvert par une mince couche conjonctive refoulée.

Suites opératoires : Excellentes.

Mais ce sont là, encore une fois, des cas qu'il faut considérer comme tout à fait exceptionnelles. Le plus habituellement, les accidents hémorragiques résument à peu près à eux seuls toute la symptomatologie. On peut donc dire que la forme hémorragique est la plus commune.

OBSERVATION XVII

QUÉNU, *in* TESSON

Femme de 60 ans, qui, pour des métrorragies abondantes, avait déjà subi un curetage. Parmi les débris ramenés par ce curetage, on avait distingué deux petites productions fermes, dont l'examen histologique fut confié à M. Malassez qui conclut à un adénome, sans caractères de malignité.

L'état de la malade fut amélioré pour quelques mois : puis, les pertes reparurent aussi abondantes que précédemment. C'est à ce moment que M. Quénu la vit. C'était une femme vigoureuse, pléthorique. Ces métrorragies n'étaient pas continues, elles revenaient par poussées, accompagnées d'un véritable éréthisme génital. En raison de ces caractères, qui paraissaient devoir faire rattacher ces phénomènes hémorragiques à des troubles vasomoteurs, en raison de l'intégrité absolue du col, en raison de ces conclusions de la note rédigée par M. Malassez, qu'on lui remit, M. Quénu se contenta de pratiquer un nouveau curetage.

Pendant plusieurs mois, la malade put se croire guérie, puis elle recommença à perdre très abondamment. Lorsque, six mois environ après, M. Quénu la revit, il constata sur la pari vaginale la grosseur d'une petite tumeur dure, manifestement néoplasique. La malade mourut un an plus tard.

OBSERVATION XVIII

QUÉNU *in* TESSON

Il y a 7 ou 8 ans, M. Quénu fut consulté par une femme ménopausée pour des métrorragies rebelles. Le col était absolument sain. Mais il existait sur la paroi vaginale une petite tumeur, un peu saillante, granuleuse, saignant facilement au toucher. Cette petite tumeur fut enlevée et l'examen histologique en montra la nature manifestement cancéreuse. M. Quénu ayant alors fait la dilatation du col put par le toucher digital intra-utérin, sentir très nettement au-dessus de l'orifice interne une petite ulcération dure. Il conseilla l'hystérectomie qui fut refusée : la malade mourut l'année d'après.

Peut-être, faute d'examen histologique, est-il arrivé parfois de considérer comme primitifs certains cancers du vagin, secondaires en réalité à un néoplasme caché dans la cavité du corps utérin. On a observé la coexistence d'un cancer du corps et d'un cancer du col, l'un et l'autre primitifs et absolument indépendants l'un de l'autre, comme le prouve la différence de nature histologique.

Plus fréquents et plus intéressants sont les rapports des fibromes et du cancer. Leur coexistence est loin d'être rare : il n'est pas question ici bien entendu du cancer du col, limité ou propagé au corps, comme dans l'observation publiée par Bouglé. Sans compter quelques cas anciens d'autopsie, Verstraëte a réuni 30 observations authentiques de fibromes utérins compliqués de cancer épithélial primitif du corps.

Presque toujours, la dégénérescence cancéreuse a été découverte par hasard, soit pendant l'opération, soit après.

Il est même sans doute des cas qui passent inaperçus, car l'examen histologique seul, dans un fait de Quénu, a révélé l'infiltration néoplasique. Le plus souvent, la lésion maligne n'a aucun rapport de voisinage immédiat avec le ou les fibromes : par exemple, c'est la muqueuse du fond qui est dégénérée, tandis que le fibrome occupe l'une des

parois. D'autres fois, la muqueuse qui recouvre un fibrome interstitiel est manifestement envahie. Enfin, on peut même voir l'infiltration néoplasique s'enfoncer dans la paroi utérine, et englober complètement un noyau fibromateux qui se distingue par sa couleur, sa résistance, sa coque nettement isolée, permettant son énucléation. Presque toujours donc, le tissu myomateux ne contient pas trace d'éléments épithéliaux, cependant le fait n'est pas impossible.

Comment faut-il interpréter cette coïncidence des deux processus néoplasiques ? Il est certain que le cancer est postérieur au fibrome, et peut-être se serait-il développé de la même façon si le fibrome n'avait pas existé. Il n'est pas irrationnel cependant d'admettre que les altérations inflammatoires et trophiques de la muqueuse, constantes avec les fibromes, ont pu préparer le terrain à la dégénérescence maligne. Si toutefois le fibrome ne prédispose pas au cancer, le cancer paraît pouvoir jouer un rôle très considérable dans la genèse de certaines altérations des fibromes, la gangrène notamment, sans doute en favorisant l'invasion des microbes anaérobies au centre de masses déjà d'une vitalité médiocre.

On a vu également le cancer du corps coexister avec un kyste de l'ovaire : cliniquement, le cancer est passé inaperçu. On l'a parfois soupçonné au cours de l'intervention, ou méconnu, et il nécessita une seconde opération.

Il ne s'agit que d'une simple coïncidence et l'on ne saurait reconnaître que pour des cas tout à fait exceptionnels, une relation pathogénique entre les deux affections.

OBSERVATION XIX

ODEBRECHD

Je n'ai pas souvent, au cours des opérations sur l'utérus, dû faire une incision de décharge vagino-périnéale et pourtant j'ai vu deux fois le développement d'un carcinome sur

la cicatrice de la plaie périnéale, guérie par première intention, alors que la paroi postérieure du vagin était saine jusqu'à la voûte vaginale.

OBSERVATION XX

STÖBERL

Mme R..., 60 ans, admise le 10 juin 1922.

Histoire de la maladie. — Père mort d'affection rénale, mère de faiblesse, un frère également mort d'une affection rénale, le grand-père paternel également. Pas de maladie antérieure. Cinq grossesses normales, les enfants vivants sont bien portants. L'été 1899, la malade s'aperçoit d'une métrorragie après une ménopause de plusieurs années, mais l'hémorragie n'était pas très intense.

En hiver 1901, des douleurs survinrent dans la région vésicale, notamment par le froid. Quatre semaines avant l'admission dans la clinique de violentes douleurs irradiant dans la jambe droite s'installèrent, que le médecin prit pour un sciatique.

En mars 1900, le médecin traitant fit une petite opération pour enlever deux polypes. Un examen anatomique ne fut pas pratiqué.

En 1902, le médecin enleva une seconde fois deux polypes, en ayant fait la constatation que plus haut il y avait encore d'autres polypes, qu'il ne pouvait atteindre.

En juin 1902, la malade se fait admettre dans la clinique.

On constata, à l'entrée du vagin, à droite et à gauche de l'orifice urétral, plusieurs nodules peu mobiles et durs, dont un à gauche de l'orifice urétral pénétrait profondément dans le tissu cellulaire. Le vagin lui-même est atrophique, sénile et n'a pas de stigmates suspects. Le cul-de-sac et l'orifice du col fermé ne montrent rien de suspect non plus. L'utérus est considérablement agrandi, et mou, complètement mobile. En la sondant, du sang s'en écoule contenant des masses

molles. Le diagnostic devait par conséquent être formé de la façon suivante :

Carcinome primitif du corps très avancé avec métastases à l'entrée du vagin, à côté de l'orifice urétral.

Le pronostic du cas était par conséquent extrêmement défavorable.

Le carcinome du corps pouvait bien être enlevé par l'ablation de l'utérus comme tous les carcinomes du corps, qui ne donnent pas de pronostic de guérison, défavorable en soi, mais la métastase du vagin était par contre très défavorable. Vu la rareté de la localisation de la métastase, on soupçonne que par les interventions premières du médecin, il s'était fait de légères lésions sur lesquelles s'étaient greffés les germes du cancer. Pour cela, il fallait que le carcinome du vagin fut de même nature histologique que le cancer primitif de l'utérus.

Ce que le diagnostic histologique devait d'abord confirmer, même si l'ablation de l'utérus devait avoir un pronostic favorable, l'extirpation de cette métastase eût exigé une opération bien plus étendue et plus choquante, et assez aggravée, non seulement le pronostic de celle-ci, mais compromet aussi l'espoir d'une guérison radicale.

On s'abstint dans ce cas d'une opération de Wertheim, d'une extirpation totale abdominale, après mûres réflexions, d'une part parce que le carcinome du corps offre de meilleures chances de guérison par l'extirpation vaginale que le cancer du col, mais aussi parce que la vieille femme, très obèse, avait un très mauvais état général à la suite de sa longue maladie. En plus, la métastase vaginale eût nécessité une extirpation plus étendue des parties génitales inférieures qui aurait été impossible à réaliser par en haut. Ainsi l'extirpation totale vaginale de l'utérus, du vagin et de son entrée fut exécutée le 19 juillet 1902.

Sous narcose chloroformique, l'utérus est enlevé avec le vagin, les ligaments sont liés, le péritoine fermé, du vagin il ne reste plus qu'une petite partie de la paroi antérieure. Pour combler la grande brèche, tandis que toutes les parties suspectes de cancer sont enlevées largement en tissu sain,

on fut obligé d'enlever une grande partie de la paroi postérieure de l'urètre, sans que le canal urétral lui-même soit ouvert.

Dans la région inguinale droite, on sent deux ganglions lymphatiques qu'on enlève.

L'examen microscopique de ces ganglions ne releva pas de cancer. La région inguinale gauche est libre et n'est pas touchée.

L'évolution fut sans réaction.

La malade se remit au commencement du mois d'octobre complètement. On ne constate aucune complication, du côté de son urètre.

L'examen macroscopique de pièces opératoires montra un ceps utérin agrandi en totalité, mou, lisse. A sa paroi postérieure se trouve une tumeur qui remplit toute la lumière et qui empiète à gauche, aussi un peu sur la paroi antérieure. Le carcinome s'étend jusqu'à l'orifice interne. Le col et les culs-de-sac ne semblent pas être infiltrés par le carcinome. La portion vaginale extirpée a une longueur de 12 cm. et une largeur de 5 cm., dans la région de l'orifice vaginale de 3 cm au milieu et de 2 cm. dans la région urétrale. A la partie inférieure du vagin, on trouve une petite ulcération ronde, large de $\frac{1}{2}$ cm. Dans la profondeur, on sent à cet endroit un nodule cancéreux et plat. A l'entrée du vagin, on constate une infiltration diffuse. L'examen microscopique releva un adéno-carcinome du corps utérin et un nodule qui se trouvait à l'entrée du vagin. Le néoplasme avait proliféré depuis le corps jusqu'au milieu du col environ dans sa paroi antérieure de façon continue vers le bas. La portion restante du col, ainsi que le cul-de-sac et vagin se révélèrent sans infiltration cancéreuse. Le nodule qu'on avait pris pour cancéreux à l'examen microscopique à l'entrée du vagin était ulcéré et au premier coup d'œil faisait penser qu'il y avait eu une inoculation par le suc cancéreux descendant. Devant le fait cependant qu'on ne pouvait expliquer par l'examen microscopique, exclusivement un cancer qui avait proliféré de la profondeur par une nécrose de pression la supposition d'une inoculation devait tomber.

L'observation ultérieure qui fut constatée, dans les lymphatiques et dans les veines, de particules cancéreuses dans la métastase de l'entrée du vagin, fit admettre l'explication que la métastase s'était produite par le transport rétrograde dans les veines et dans les lymphatiques.

OBSERVATION XXI

AMANN

Adéno-carcinome du corps de l'utérin avec métastases à l'orifice vaginale chez une femme de 34 ans

OBSERVATION XXII

SCHICK

Au début de février, une malade de 58 ans se présenta dans mon service, disant qu'elle avait été régulièrement réglée jusqu'à il y a 3 ans. Il y avait 3 mois que des hémorragies s'étaient installées, continuelles, persistantes, d'intensité variable. De temps en temps, la malade remarquait un écoulement hydropérhémique.

A cause de ces hémorragies, elle entra en octobre 1906 dans une maison de santé, pour y subir un curetage par un spécialiste. L'examen microscopique n'aurait révélé rien de nature maligne. Depuis six mois, elle percevait, à droite, au niveau de la vulve, un nodule induré, qui, au moment de l'examen à la maison de santé, était encore assez petit. On le remarqua, mais il fut considéré comme étant sans signification.

Comme ce nodule ne cessait de grossir, occasionnant des douleurs, et qui par ailleurs un nodule semblable apparaissait au pli de l'aîne droite, celui-ci non sensible, elle demanda à nouveau un secours médical.

L'examen donna ce qui suit :

A droite, dans l'aîne, à environ un travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure du pli génito-crural, un ganglion, gros comme une amande, pu mobile, les autres ganglions petits. A gauche, pas d'adénopathie.

A 2 centimètres au-dessus du périnée, à gauche, en arrière, un nodule saillant, dur, couvert d'une muqueuse saine, correspondant vraisemblablement à un reste hyménéal, est intimement adhérent à la muqueuse sus-jacente. Celui-ci représente la partie supérieure, saillante dans le vagin, d'un noyau nettement délimité, étendu dans le paracolpos droit,

Tout contre le périnée, jusqu'au voisinage de l'anus, peau et muqueuse intactes. Ce n'est qu'au sommet du nodule qui fait saillie d'arrière en avant dans l'introïtus, que la peau est amincie. En ce point, une brèche est imminente. Le vagin paraît ailleurs libre. Col regardant en arrière, large, lisse, dur. Lèvre antérieure mousse. Lèvre postérieure amincie. Le corps de l'utérus est antifléchi, large, très épais, la paroi antérieure présentait vers la gauche des saillies tubéreuses. De l'utérus s'écoule une sécrétion hydorréique et hémorragique. L'utérus, à cause de la rigidité des ligaments, est difficilement mobilisable.

Pour établir un diagnostic précis, on pratique, le 6 février 1907, un curettage de la cavité utérine, au cours duquel on extirpe les nodules vaginaux très gênants et la tumeur ganglionnaire.

L'examen microscopique des produits de curettage révèle un carcinome du corps utérin. Les coupes pratiquées sur la tumeur vaginale et sur le ganglion extirpé montrent l'analogie complète de leur aspect avec celui des produits de curettage. C'est pourquoi ces tumeurs doivent être considérées comme étant des métastases du carcinome du corps.

OBSERVATION XXIII

M. REEB

Epithélioma du corps de la matrice avec métastase miliaire dans la paroi antérieure du vagin. Adéno-carcinome du corps utérin chez une vierge de 47 ans, qui n'était plus réglée depuis l'âge de 25 ans.

Pendant l'hystérectomie vaginale, on remarque une petite tumeur de la grosseur d'un pois dans la paroi antérieure du vagin, sous la muqueuse intacte. Extirpation de cette tumeur après hystérectomie.

L'examen microscopique montre que cette tumeur est une métastase du cancer du corps, l'identité anatomique étant complète. Les métastases vaginales accompagnant les cancers du corps sont rares : une quinzaine d'observations analogues se trouvent dans la littérature, abstraction faite naturellement des métastases vaginales accompagnant le chorio-épithélioma qui sont très nombreuses. La genèse de ces métastases peut être :

1° L'inoculation directe de parcelles cancéreuses lorsqu'il existe des lésions de la muqueuse vaginale;

2° Le transport rétrograde par voie veineuse ou lymphatique sous une muqueuse absolument intacte.

Dans l'observation précitée, il s'agit d'une métastase par transport rétrograde, les masses cancéreuses se trouvant dans des vaisseaux lymphatiques.

OBSERVATION XXIV

MM. REEB et BERGER

Cancer utérin avec métastases dans le vagin et à la cuisse droite développé dans un utérus avec oblitération complète du col, à la suite d'une application de radium trois ans auparavant.

Mme E..., nullipare, avait été admise à la Maternité en septembre 1919, parce que, âgée alors de cinquante-huit ans, elle avait toujours ses règles. Ces règles qui avaient été régulières, jusqu'à cinquante ans, et d'intensité moyenne, étaient devenues irrégulières, tous les deux ou quatre mois seulement et assez faibles, et depuis deux ans d nouveau plus fréquentes et plus fortes. Entre les règles, la malade ne saignait pas et n'avait pas d'écoulements. Elle avait été curettée deux fois déjà dans ces deux dernières années, sans résultat. A son entrée à la Maternité, nous constatons un état de nutrition bon, pas d'anémie, organes internes, urines sans particularités. La matrice est agrandie, dure, en rétroflexion mobile, le col est fermé et un peu gras, les annexes libres. On fait un curettage. La cavité utérine mesure 10 centimètres, les parois sont lisses. On ramène assez de muqueuse qui est examinée. Glandes agrandies, kystiques, l'épithélium est normal, cylindrique, rien ne fait suspecter un cancer. On introduit dans le corps et le col utérin 100 milligrammes de bromure de radium filtré avec un filtre de 1 mm. $\frac{1}{2}$ de laiton entouré d'une couche de gaze et de caoutchouc. Après vingt quatre heures, on est obligé de sortir le radium à cause de forts vomissements et de maux de tête. Trois jours après, on replace la même quantité de radium pendant vingt-quatre heures. Cette fois, l'application est bien supportée. La malade quitte au bout de quelques jours et revient quatre semaines après. Elle n'a plus saigné depuis sa sortie de l'hôpital.

Nous la revoyons huit mois plus tard, en bonne santé, n'ayant plus de pertes de sang. A l'examen, on note : état

général bon, matrice encore assez grande, en antiflexion. Col sans particularité, cul-de-sac du vagin atrophiés.

Nous ne la revoyons plus pendant vingt-huit mois. Elle entre de nouveau à l'hôpital en octobre 1922. Entre temps, elle n'a plus jamais perdu de sang, mais elle souffre depuis quelques semaines de douleurs à la miction. L'état général est moins bon, la malade est pâle et a maigri. Bronchite chronique, emphysème. A l'examen gynécologique, on constate une forte atrophie du vagin et des culs-de-sac. Dans la partie antérieure du vagin, on palpe un petit nodule dur qui saigne au toucher. Le museau de tanche est réduit au minimum. Il ne fait pas saillie dans le vagin, on ne distingue pas d'orifice externe.

A la place de la matrice, on sent une grande tumeur de la grosseur de deux poings. Assez molle et légèrement kystique, vers la droite, dure et bosselée vers la gauche, la tumeur est peu mobile. A la face interne de la cuisse droite, se trouve une tumeur dure, de la grosseur d'une noix.

Diagnostic. — Tumeur maligne de l'utérus avec métastases du vagin et de la cuisse. Atrophie et oblitération du col.

Laparotomie. — La tumeur se compose de la matrice agrandie par un fibrome de sa paroi gauche, ainsi que par un kyste de l'ovaire gauche, est extirpée en totalité. Dans la paroi postérieure de la vessie, il y a une petite métastase de la grandeur de 1 franc. Les deux métastases dans le vagin et à la cuisse sont enlevées. La malade se remet vite et quitte l'hôpital après vingt jours. Elle meurt en ville un mois après des suites d'une pneumonie.

Description de la pièce. — La tumeur enlevée se compose de la matrice considérablement agrandie, des annexes droites qui sont normales et des annexes gauches, la trompe gauche est normale, l'ovaire gauche est changé en kyste de la grandeur d'un gros œuf de poule, après l'ouverture de ce kyste on voit que l'intérieur est tapissé de bourgeons cancéreux. La tumeur qui correspond à la matrice a la grandeur de deux poings, du côté droit, elle est lisse, assez molle et kystique, et se termine vers le bas par un col très court, l'on n'aperçoit pas d'orifice externe. Du côté gauche, la tumeur

est très dure, bosselée et couverte de nodules cancéreux de toutes les grandeurs.

Après avoir prélevé quelques petits morceaux de la tumeur et du col pour l'examen microscopique, la tumeur est fixée à la formaline; puis elle est ouverte par une coupe frontale le lendemain. On voit alors que le côté droit lisse, mou et kystique, renferme la cavité utérine qui est agrandie et contient du sang et des masses cancéreuses. Les parois de la cavité sont tapissées de masses cancéreuses qui atteignent à quelques endroits le péritoine. Vers le bas, la cavité est complètement fermée. Le côté gauche de la tumeur est formé par un fibrome intra-mural. Dans le muscle de la paroi qui entoure le fibrome, on voit des tranées cancéreuses qui se propagent dans tous les sens, qui forment les nombreux nodules cancéreux décrits tout à l'heure et qui atteignent à travers le ligament large les parois du kyste de l'ovaire.

M. Berger a bien voulu se charger de la partie microscopique, il vous montrera les préparations de la tumeur et des métastases. Je voudrais seulement vous dire que nous n'avons retrouvé aucune trace du canal cervical sur les coupes qui intéressent le col.

Il s'agit donc dans cette observation d'un cancer utérin qui a évolué complètement en vase clos, le col étant oblitéré. Cette oblitération a dû se produire quelques semaines après l'application de radium et a dû se faire de haut en bas, car huit mois après l'application on ne notait encore à l'examen aucun changement du col. L'effet cautérisant et nécrotisant des rayons mous du radium est connu et craint : il faut l'empêcher par des filtres appropriés. Pourtant, dans notre observation, ils étaient filtrés en sus du filtre par une couche de gaze et par du caoutchouc. La dose employée dans le col était tout au plus de 50 milligrammes et le temps était très court : deux fois vingt-quatre heures à quelques jours d'intervalle.

En 1919 et 1920, nous employions très souvent cette même quantité de radium avec le même mode de filtrage, souvent même pendant un temps plus long encore, et c'est le seul cas d'oblitération du col qui soit parvenu à notre connais-

sance. Cette oblitération a changé tout l'aspect clinique de notre cas. Les hémorragies, le symptôme principal du cancer, ne sont pas apparues. La femme ne saignant plus, a trouvé inutile de revenir de temps en temps à notre consultation et lorsqu'elle est revenue, poussée par les douleurs à la miction, le cancer avait franchi l'utérus et fait des métastases.

Il faudra à l'avenir, c'est l'enseignement que nous tirons de ce cas, non seulement savoir que les femmes traitées par le radium ne saignent plus, mais aussi s'assurer que la voie est libre pour qu'une hémorragie puisse se manifester au dehors.

Je laisse de côté, car il est impossible d'y répondre, la question de savoir si le cancer existait déjà avant l'application du radium et avait échappé à la curette, ou s'il date d'un temps plus ou moins long après l'application de radium, l'oblitération existant déjà.

Je constate que le radium dans ce cas a été plutôt néfaste pour la malade : il n'a pas guéri un cancer existant peut-être déjà, la quantité de radium et le temps de son application étaient du reste insuffisants pour le traitement d'un cancer et il a produit cette oblitération du col qui empêche les hémorragies de se manifester.

Partie histologique

Au niveau du fond de l'utérus, le tissu conjonctivo-musculaire est complètement remplacé par des masses néoplasiques. Celles-ci sont constituées par des travées très irrégulières de taille et de configuration, anastomosées, sans ordre et séparées l'une de l'autre par un stroma conjonctif peu scléreux. Au plus fort grossissement, il est impossible de reconnaître une structure ou disposition précise. Les travées sont composées de cellules de taille moyenne, basophiles, à limites souvent indécises, entassées les unes sur les autres sans règle aucune. Les travées sont souvent en voie de nécrose dans leurs parties centrales.

Dans le col, dont l'épithélium pavimenteux, stratifié, est partout intact, les cellules néoplasiques sont disposées moins irrégulièrement et arrivent à former des nids alvéolaires qui, sur certains points, viennent au contact immédiat de l'épithélium superficiel, sans cependant l'envahir.

Sur de très rares endroits, on peut constater comme les cellules néoplasiques s'agrandissent progressivement en devenant en même temps de plus en plus acidophiles et en différencinant des filaments d'union

Il s'agit là d'une ébauche de formations cornées, qui n'atteignent cependant pas un degré de différenciation très poussé, car tout en prenant un aspect parakératosique le protoplasma cellulaire devient homogène, perd ses limites nettes et commence à se liquéfier. La métastase vaginale présente un aspect en tous points comparable à celui de la tumeur dans le col. La métastase de la jambe se compose de deux nodules superposés de 1 et $\frac{1}{2}$ centimètre de diamètre dont le plus petit siège immédiatement au-dessous de l'épiderme. Ce petit nodule présente un aspect très différent du précédent. Malgré que l'ensemble de cette métastase soit encore assez atypique, elle aussi, on trouve d'assez nombreuses formations glanduliformes, bordées par des cellules hautement cylindriques et beaucoup plus acidophiles que la majorité de cellules néoplasiques.

La disposition glandulaire est donc manifeste. Le gros nodule qui siège immédiatement au-dessous du petit dans le derme, par contre, est composé de cellules qui évoluent dans leur plus grande partie vers le type malpighien corné.

Cette tendance évolutive est tellement prononcée qu'on peut trouver de nombreux blocs uniquement constitués de cellules en voie de kératose sans aucune cellule vivante. Ici aussi les cellules subissent souvent un début de liquéfaction. Il s'agit donc d'un cancer du fond de l'utérus, dans sa plus grande partie atypique, qui selon les points, évolue vers le type pavimenteux stratifié et glandulaire.

Le néoplasme est de ce type mixte qu'on rencontre souvent, au niveau des épithéliomas du corps de l'utérus, où l'on finit presque toujours par trouver parmi les boyaux atypiques ou glandulaires des ébauches de différenciation pavimenteuse. Notre cas se signale par la particularité que le cancer est complètement atypique à son niveau primitif et que la potentialité évolutive double de ses cellules apparaît d'une façon sélectionnée dans des métastases, dont une partie est à évolution purement glandulaire, l'autre à évolution purement pavimenteuse.

OBSERVATION XXV

MM. TIXIER et BONNET (Thèse de DELARBRE)

Mme X..., âgée de 57 ans, Entrée le 12 février 1923, pour des pertes.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 73 ans, d'une pleurésie. Père 86 ans, en bonne santé. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à 13 ans. Règles très régulières tant par leur abondance et leur durée. Mariée à 23 ans. Mari mort d'ictus apoplectique à 70 ans. Deux enfants : une fille morte en bas âge, un fils mort de pleurésie. Pas de fausse couche. Jamais malade jusqu'à 47 ans. Ménopause à 47 ans. A 53 ans, épanchement de synovie dans le genou droit.

Début clinique. — Remonte à peu près à deux ans : réapparition des règles. Pertes rouges assez abondantes, fétides, toutes les trois semaines. Dans leur intervalle, pertes blanches (la malade dit qu'elle perdait de l'eau). Deux médecins consultés lui dirent que ce n'était rien et instituent un traitement médicamenteux et cela pendant dix mois.

Il y a un an, les pertes deviennent continuelles : pertes rouges et pertes blanches se succèdent sans interruption. En même temps, la malade ressentait de vives douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant à la région lombaire et dans les membres inférieurs; douleurs discontinues présentant des paroxysmes. Il y a 4 mois, pertes moins abondantes, les douleurs sont moins vives, mais pertes rouges fétides qui amènent la malade à consulter M. le Professeur Tixier.

12 février 1923. — Entre à l'Hôtel-Dieu. Amaigrissement. Pas de signes d'anémie marquée. Pas de constipation. Légère pollakiurie depuis quelque temps. Urines normales.

Examen gynécologique, 13 février 1923. — Utérus gros, dur. Bloc solide, enclavé en arrière sous le promontoire

bombant dans le rectum. Col dur entr'ouvert : la pulpe du doigt perçoit des bourgeons intracavitaires. Ecoulement blanchâtre et sanglant, extrêmement fade et fétide.

On perçoit très nettement un nodule de propagation sous-urétral, du volume d'un haricot, arrondi, élastique, circonscrit.

Etat général. — Malade pâle. Nœvis disséminés sur la paroi abdominale.

Diagnostic clinique. — Néoplasme du corps utérin avec fond utérin en rétroposition, lourd et mou.

17 février 1923. *Intervention.* — Pfannenstiel : Hystérectomie totale rendue difficile uniquement par le fait que l'utérus mou semble devoir se décapiter à la moindre traction. Néoplasme diffus de toute la cavité utérine ayant envahi la portion cervicale de l'utérus; parois utérines très amincies. Hémostase difficile du côté des veines utérines droites. Mèche à l'ordinaire. Péritonéisation basse. Fermeture totale sans drainage.

Suites opératoires : Les suites immédiates sont bonnes. La malade urine, la température qui a atteint 38°4 le lendemain soir, 18, est redescendue progressivement à 37°9 le 20 au soir. Ablation de la mèche le 20.

21 Février. — Purge. Température: 38°2. Pouls : 110.

La température continue à s'élever et atteint 38°5 le 23. Le pouls reste rapide. Légère suppuration de la paroi. On ne note aucun symptôme du côté des membres inférieurs. Pas de douleur dans le mollet, quand, le 24 au soir s'installe insidieusement un œdème de tout le membre inférieur gauche.

26 février. — L'état s'aggrave.

27 février. — Température : 38°9. Pouls : 110. La malade est oppressée sans avoir eu de points de côté ni de crachats hémoptoïques. Les extrémités sont froides. Rétention d'urines et constipation. Nausées. Injection sous-cutanée de strychnine et 300 cmc de sérum. Infusion de poudre de feuilles de digitale. Sondage.

1^{er} mars 1923. — Décès.

Examen de la pièce. — L'utérus est de volume augmenté, mais pas très considérable, sa forme est globuleuse. Coupé par sa face antérieure, l'utérus apparaît complètement rempli par un bourgeonnement qui a effacé totalement la lumière. Les bourgeons exubérants remplissent en totalité le corps et le col, de telle sorte qu'il est impossible sur la pièce de marquer une limite entre ces deux portions. Dans la région du fond, les bourgeons sont particulièrement exubérants, volumineux éversés sur la muqueuse qui, en un point très limité, de sa partie droite, est couverte plutôt qu'envahie par le néoplasme. Quelques millimètres seulement du col sont encore respectés. Ils répondent à la partie de l'insertion vaginale du col. Le col est relativement étroit et non évasé en tromblon. Les bourgeons qui l'occupent ont pris une apparence vilieuse et descendent comme des franges à travers le col entr'ouvert. La partie superficielle des bourgeons les plus hauts situés est couverte d'un exsudat furiforme, beaucoup sont en voie de nécrose ou envahis par une infiltration hémorragique.

Les parois de l'utérus ne sont pas épaissies. Elles ne semblent pas non plus très amincies, comme il avait paru au cours de l'opération. Dans l'ensemble le muscle paraît peu infiltré par le néoplasme qu'au simple aspect microscopique, semble relativement limité du muscle sous-jacent. Sauf en certaines parties du corps où la pénétration semble plus nette, nulle part, il n'y a d'infiltration, proprement dite dans le muscle qui n'est pas rongé comme dans les cancers intracavitaires du col où les cancers de l'isthme et le muscle, une fois l'utérus coupé, s'évase et étale la tumeur comme si le corps utérin avait conservé sa souplesse normale. On dirait d'après le simple aspect macroscopique qu'il s'agit d'un cancer total de la muqueuse utérine et relativement limité à la muqueuse.

Etat des annexes. — Des deux côtés, les annexes sont saines. Les trompes sont ouvertes : grosse hydatide du côté gauche. Les ovaires sont petits séniles.

OBSERVATION XXVI

TIXIER et BONNET. (Thèse de DELARBRE).

Mme X..., âgée de 62 ans. Entrée le 15 juillet 1914, envoyée par M. le Docteur Bonnet. Antécédents personnels : Pas de maladies antérieures. Réglée régulièrement jusqu'à 48 ans. Une fille à 34 ans. Ménopause à 48 ans sans incidents.

Début clinique. — Il y a six ans (56 ans), la malade eut une grosse hémorragie qui la rendit très anémiée; un chirurgien consulté constata une petite tumeur qu'il proposa à la malade d'enlever. Elle refusa à cette époque l'intervention et depuis elle a continué à perdre soit un peu de sang soit des pertes blanches.

Depuis dix mois, hydorrhée continue de temps en temps, liquide rosé. Amaigrissement de 10 kilos.

A l'examen. — Malade de 62 ans ayant un assez bon état général.

Toucher vaginal. — Bourgeons néoplasiques sur le col et la paroi vaginale, corps utérin volumineux de consistance plutôt molle, faisant songer à la myométrie ou à un utérus fibromateux avec dégénérescence; culs-de-sac blindés. Rien aux autres organes.

20 juillet. Intervention. — Pfannenstiel; fond utérus mou infiltré indiquant son envahissement par le cancer; prise très difficile, car il s'arrache; infiltration des ligaments larges.

Wertheim typique impossible : on taille de propos délibéré dans la tumeur; ablation au niveau des insertions du vagin, puis secondairement, ablation de l'infiltration vaginale incomplète; impossible de trouver l'uretère dans l'infiltration.

Péritonisation basse très satisfaisante sur grosse mèche; tampon: fermeture totale du ventre.

1^{er} août 1914. — Décès.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer du corps utérin avec envahissement du col et greffe vaginale.

OBSERVATION XXVII

Clinique du Professeur TIXIER

(Registre Sainte-Anne, 1920-21, p. 76-77, 1922 (1), p. 200)

Néoplasme du corps utérin intracavitaire sur utérus fibromatux. Hystérectomie abdominale totale. Métastase vaginale survenue un an et demi après l'intervention.

D..., ép. R..., 55 ans.

Entrée dans la clinique du Professeur Tixier le 15 décembre 1920 pour pertes abondantes.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, en bonne santé, père mort de méningite à 62 ans. Un frère, deux sœurs morts en bas âge d'affections inconnues; une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougcole à 8 ans; aucune autre maladie. La malade a toujours joui jusqu'à présent d'une excellente santé.

Réglée à 13 ans. Les règles ont été toujours normales, régulières.

Mariée à 17 ans, grossesse à 20 ans, une petite fille qui meurt à 18 mois de bronchopneumonie. Ménopause à 52 ans.

Histoire de la maladie :

Il y a cinq ou six ans environ sont apparues des douleurs lombaires et pelviennes en dehors de fatigues ou de surmenages, et qui depuis ont toujours été en s'accroissant.

Il y a dix-huit mois (la ménopause datant alors de deux ans) surviennent des pertes blanches, d'abord peu abondantes, non fétides, n'empesant pas le linge. Ces pertes sont devenues rapidement plus abondantes et rosées : elles n'ont été qu'une fois, et passagèrement, franchement hémorragiques. L'état reste stationnaire pendant un an environ. Depuis trois mois, les symptômes : pertes blanches et rosées, douleurs lombaires ont été en augmentant progressivement et

rapidement. La répétition des pertes et des douleurs, leur exagération ont déterminée un fléchissement de l'état général avec perte des forces, amaigrissement (la perte de poids semble cependant peu important).

La malade ne pouvant plus travailler comme par le passé, voyant ses pertes augmenter,

Consulte M. le Professeur Tixier, qui l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée. — Elle dit qu'elle vient pour un fibrôme. Malade semblant en bonne santé relative. L'amaigrissement est peu prononcé, pas de cachexie ?? bon appétit. Malade cachectique, jaune. On élimine d'emblée le fibrôme à cause de son teint. La malade accuse des pertes rosées, tachant le linge, abondantes, légèrement fétides et des douleurs lombaires (la malade souffre « au creux des reins ») plus accusées à gauche plus intenses le jour que la nuit, augmentées par les efforts et la marche. La nuit la malade ne souffre pas, mais elle est tourmentée par un besoin fréquent d'uriner (pollakmie sans polyurie), l'obligeant à se lever plusieurs fois chaque nuit.

Ses urines n'ont jamais été troublées.

Au toucher. — Le fond utérin est perçu légèrement à gauche de l'ombilic volumineux globuleux, à droite dans le ligament large existe un fibrôme dont on perçoit le contour arrondi et dont l'implantation s'étend jusqu'à l'isthme. Le doigt ramène du liquide sale, fétide.

Le 21 décembre 1920. — M. le Professeur Tixier, MM. Bonnet, Bonniot. A. g. éther. Le diagnostic est fibrome multilobé avec lobes dans le ligament large droit peut-être dégénérescence néoplasique du corps. En raison du volume et du siège intraligamentaire, incision longitudinale, il existe en effet un noyau fibromateux dans le ligament large droit qui bouche l'abord par ce côté. Attaque par le côté gauche.

Hystérectomie totale à l'ordinaire. Il existe à droite à l'insertion du ligament utéro-sacré contre l'utérus un noyau sous-séreux gros comme une châtaigne, fibromateux, qu'on enlève à part en faisant une dissection loins en arrière

et en dehors du ligament utéro-sacré. Hémostase difficile minutieuse surtout à droite.

A l'ouverture de la pièce on découvre un cancer de la muqueuse occupant toute la cavité utérine, s'arrêtant à l'union du corps et du col, gagnant déjà les parois. Des morceaux sont envoyés à l'examen histologique.

15 janvier 1921. — Lamalade part.

15 mars. — La malade revient, excellent état général.

11 octobre 1921. — La malade souffre des reins, vient se montrer localement, l'état est parfait; la cicatrice vaginale souple, la malade engraisée et pris des forces.

Depuis l'intervention elle a toujours conservé quelques douleurs lombaires. Mais il y a deux mois les douleurs ont beaucoup augmenté avec paroxysmes nocturnes. Elles siègent à la région lombaire avec irradiations abdominales quelquefois fémorales, mais plutôt du côté droit alors qu'avant l'intervention les douleurs étaient plus marquées du côté gauche. Il y a quinze jours les douleurs atteignent leur maximum avec dysurie prononcée, par de la constipation marquée. Alors apparaissent des pertes blanches rosées non très fétides. La malade fit un peu de fièvre, elle serait montée à 39° même. Cependant les douleurs disparurent à l'apparition des pertes.

Le médecin conseille à la malade de se soumettre de nouveau à l'examen du Professeur Tixier.

A l'examen. — Malade au teint cachectique, jaune, bouffie. Depuis quinze jours l'appétit a faibli. A l'examen de l'abdomen quelques œvi. La cicatrice opératoire n'est pas douloureuse, le ventre est souple, se laisse déprimer; le fœce n'est pas gros.

Au toucher vaginal la paroi antérieure du vagin est infiltrée d'une couche néoplasique bourgeonnante, douloureuse, laissant s'écouler un liquide sarveux et fétide. Mais la cicatrice vaginale elle-même semble souple.

Rien au poulmon. Rien au cœur. Température à 37°6.

En raison des rapports intimes du noyau avec l'urthère il est impossible d'espérer de faire une dissection d'encision suffisante sans léser l'urthère. Dans ces conditions on décide

de placer deux tubes de radium dans le vagin, au contact du noyau.

11 *mai*. — Après désinfection soignée on place une sonde de P. dans la vessie et 95 mm. dans le vagin en ayant soin d'isoler largement par : 1° tubes en argent, 2° un drain en caoutchouc, 3° une grosse épaisseur de gaze.

Revient dans le service le 5 septembre pour douleurs et pour persistance des pertes nombreuses et rouges.

Conclusions

I. — Les métastases du vagin, dans le cancer du corps utérin, s'observent dans 10 % des cas environ.

II. — Elles se présentent :

a) Sous forme de tumeurs superficielles, reposant sur une paroi vaginale souple, étalées en pastille, papillaires, hémorragiques et suintantes.

Elles paraissent être des implantations secondaires sur la paroi vaginale, réalisées à la faveur d'excoriations ou de plaies (opération, pessaire, valves) et provoquées par un curetage ou une exploration intra-utérine.

b) Sous forme de nodules infiltrés ou d'implantation diffuse de la partie inférieure du vagin et de la région périurétrale.

Ce sont peut-être des tumeurs propagées par lymphangite rétrograde.

III. — L'existence de la tumeur vaginale peut servir au diagnostic du cancer du corps. Par contre, les symptômes qui lui sont propres peuvent masquer les signes du cancer du corps et conduire à des erreurs de diagnostic désastreuses.

IV. — On peut poser en principe :

Toute tumeur superficielle ou infiltrée du vagin doit faire songer à son origine secondaire et conduire à l'examen du corps utérin.

L'ablation de la tumeur et son examen histologique;

A son défaut, l'exploration intra-utérine devra être pratiquée de façon systématique en vue de dépister un cancer latent du corps utérin.

V. — Les tumeurs superficielles par implantation doivent être extirpées, à moins qu'elles ne soient trop étendues, par colpectomie isolée ou complémentaire de l'hystérectomie.

Les tumeurs infiltrées, qui sont peut-être un signe d'envahissement lymphatique étendu, ne peuvent être extirpées que si elles se présentent à l'état de nodule bien circonscrit.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :

POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,
ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Mai 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI

Bibliographie.

- AMMANN. — Adenocarcinoma Corporis uteri mit Métastase am Introitus vulvæ. Munchener gyn. Ges. 21 juin 1905. *Anal in Zentrablatt*, f. Gyn. 1906, I t. 30, p. 401.
- COVA (E.). — Le métastasi vaginale du carcinomi del corpo dell'utero. *Ginecologia* (Florence), t. II, 1905, p. 675-689.
- CULLEN. — Cancer of the uterus. *Londres* 1900, p. 414-420.
- DELABRE P. — Le Cancer total de la muqueuse utérine. *Th. de Lyon* 1923.
- FISCHER Emil. — Zur Entstehungsweise secundärer Scheidenkrebsse bei primärem Gebärmutter Krebs. *Zeitschrift, f. Geb. U. Gyn.*, t. 21, 1891, p. 185. *Geburts*
- HELLENDALL. — Über Impfkarcinose am Genitaltractur Beitr. z. Geb.. U. Gyn. Bd VI, hyt. 3.
- HESSE (Bruno). — Eintall von primärem Carcinoma Corporis uteri mit nachfolgenden Carcinomen der Scheideneingangs. Tnaug Dissert. *Iena* 1886.
- HOFMEIER. — Zur Anatomie und Therapie des Carcinoma Corporis uteri. *Zitschr. f. Geb. u. Gyn.* t. xxx((. 1895, p. 171.
- KALTENBACH R. — Erfahrungen über Totalestispation ds Uterus. *Berl. Klin. Wochensch.* 6 mai 1889, n° 18, p. 389.

- LEBENSBAUM M. — Krebs der Vagina als Impf metastare bei Corpus Carcinom Cenhalblatt f. Gyn., t. 17, 1893, p. 112.
- LÉVESQUE G. — C. à l'étude des modulations opératoires du Cancr. *Th. de Paris* 1902-03, n° 287.
- MILNER (Richard). — Giebdes « Impf Carcinoma »? *Archiv. f. Klin Ch.*, n° 74, p. 669.
- NÉLATON. — In Lévesque.
- NIEBERGALL L. — Uber Impfmetastare eines Carcinoma corporis uterini. Scheideneigange. *Archiv. f. Gyn.*, t. 52, p. 491.
- ODEBRECHT. — Manuf. Versannul. Berlin, 1886. *Centrablatt f. Gyn.* 1901, p. 493.
- QUÉNU. — In Tesson.
- REEB. — Epithelioma du corps de la matrice avec métastase miliaire dans la paroi antérieure du vagin. *Gynécologie et Obstétrique* 1921, t. 1, p. 214.
- REEB et BERGER. — Cancer utérin avec métastase dans le vagin et à la cuisse droite, développé dans un utérus avec oblitération complète du col à la suite d'une application de radium trois ans auparavant. *Société d'Obstétrique de Gyn. de Strasbourg* 1923.
- RUSSEL W. W. — Vaginal implantation from. adénocarcinoma of the utérin, *Amir. journal of Obstetrics* vol. XXXVII, 1898, p. 293.
- SAXINGER. — Vierteljahrschrift. f. prakt. Heilkunde 1869.
- SCHATZ. — Naturforsch. Versammburg, Berlin, 1886.
- SCHIK Egon. — Carcinoma corporis uteri, métastase im paravaginalen Bindegewebe. *Zentralblatt f. Gyn.* t. 31, 1907. I, p. 635.

SCHOPF. — Uebertragung von Carcinom auf frische Wimden in einem Falle von vaginaler totalestirpation des uterus. *Wiener Klin. Woch.* 1891, N° 45, p. 840.

SELLHEIM. — Ueber Verbreitungsweise des Karzinoms Maug. Dissert. Freiburg, 1895.

RICHELOT. — In Tesson.

ROSIMKI. — Deutsche Med. Wochenscuft, 1898. *Centalblatt. f. Gyn.*, 1898, p. 840.

STÖBERL (Otto). — Ueber impf .Carcinosa. Maug. Dissert. Tübingen 1902.

TESSON (René). — Le Cancer primitif du corps utérin. *Th. Paris* 1901-02, n° 271. Obs. IX (Richelot-Mercadé).

THUMIN. — Berl. Klin. Woch., t. 98, p. 418.

TIXIER et P. BONNET. — Le Cancer total de la muqueuse utérine. *In thèse Delarbre*, Lyon 1923.

WAHN (Richard). — Ueber ein Fall von primären Carcinom des Corpus uteri mit secundären Carcinomen der vagina. *Inaug. Dissert. Halle*, 1890.

WIEDOW. — In Sellheim.

WINTER. — Ueber die Recidive der Uterus krebsen, insbesondere über Impfrecidive. *Zeister f. Geb. U. Gyn.*, t. 27, 1893, p. 101.
